

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1906

THÈSE

N°

292

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 31 Mai 1906, à 1 heure

PAR

François CRASSON

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

Hémorragies Rétroplacentaires

Président : M. BUDIN, professeur

Juges } MM. BONNAIRE, agrégé
DÉMELIN, agrégé
BRINDEAU, agrégé

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

BONVALOT-JOUE

15, RUE RACINE, 15

1906

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

	Doyen	M. DEBOVE.
	Professeurs	MM.
Anatomie		P. POIRIER
Physiologie		Ch. RICHET.
Physique médicale		GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale		BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales		BOUCHARD
Pathologie médicale	}	HUTINEL.
		BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale		LANNELONGUE
Anatomie pathologique		CORNIL.
Histologie		MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils		SEGOND.
Pharmacologie et matière médicale		POUCHET.
Thérapeutique		GILBERT.
Hygiène		CHANTEMESSE
Médecine légale		BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie		DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée		ROGER.
		HAYEM
Clinique médicale	}	DIEULAFOY.
		DEBOVE
		LANDOUZY.
		GRANCHER.
Maladies des enfants		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		GAUCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		RAYMOND
Clinique des maladies du système nerveux		LE DENTU.
	}	TERRIER.
Clinique chirurgicale		BERGER.
		RECLUS.
Clinique ophtalmologique		DE LAPERONNE
Clinique des maladies des voies urinaires		GUYON.
Clinique d'accouchements	}	BUDIN.
		PINARD.
Clinique gynécologique		POZZI
Clinique chirurgicale infantile		KIRMISSON.
Clinique thérapeutique		A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.			
AUVRAY	DESGREZ	LAUNOIS	POTOCKI
BALTHAZARD	DUPRE	LEGRY	PROUST
BRANCA	DUVAL	LEGUEU	RENON
BEZANÇON	FAURE	LEPAGE	RICHAUD
BRINDEAU	GOSSET	MACAIGNE	RIEFFEL (chef
BROCA (ANDRÉ)	GOUGET	MAILLARD	des travaux anat.
CARNOT	GUIART	MARION	TEISSIER
CLAUDE	JEANSELME	MAUCLAIRE	THIROLOIX
CUNEO	LABBE	MERY	VAQUEZ
DEMELIN	LANGLOIS	MORESTIN	WALLICH

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

*Témoignage de sincère reconnais-
sance et de filiale affection.*

A MA SŒUR

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A MES MAITRES

A L'INFIRMERIE CENTRALE DE LA SEINE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BUDIN

Professeur d'Obstétrique à la Faculté
de médecine de Paris

Membre de l'Académie de médecine

Officier de la Légion d'honneur.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

Hémorragies Rétroplacentaires

INTRODUCTION

La question des hémorragies rétro-placentaires étant très complexe, nous n'avons pas l'intention de traiter à fond ce sujet. Après avoir fait l'historique de la question et passé en revue les différentes causes connues des hémorragies rétro-placentaires, parmi lesquelles nous faisons rentrer les ruptures du sinus circulaire, bien décrites par M. le professeur BUDIN, nous n'insistons pas sur les lésions anatomo-pathologiques que l'on rencontre dans tous les traités, mais signalons les lésions récemment observées dans le placenta et dans le foie par MM. BONNAIRE, BAR et BRINDEAU.

Nous exposons rapidement la séméiologie très bien étudiée dans de nombreux travaux et insistons

davantage sur le diagnostic, pas toujours facile à établir; nous montrons à cette occasion les services que peut rendre dans les cas complexes le dosage de l'hémoglobine préconisé récemment par M. Devraigne.

Nous avons à dessein passé sous silence le pronostic et le traitement de ces hémorragies rétro-placentaires, ne connaissant rien de nouveau à ce sujet.

Mais, avant d'entreprendre ce travail, nous avons à cœur d'exprimer notre reconnaissance à tous les maîtres qui nous ont prodigué leurs conseils et leurs leçons au cours de nos études médicales :

A M. le professeur DIEULAFOY pour son précieux enseignement clinique,

A M. le professeur GUYON dont nous avons suivi à Necker les remarquables leçons,

A MM. PEYROT et GUINARD qui, à l'hôpital Lariboisière, nous ont initié aux études de chirurgie,

A M. BAR qui a si bien dirigé nos études obstétricales.

Nous adressons nos remerciements à notre ami le Dr Devraigne, ancien interne des hôpitaux, qui a bien voulu nous communiquer quelques observations touchant notre sujet et prises dans les services de M. MAYGRIER, à La Charité, et M. BONNAIRE à Lariboisière.

Enfin, nous avons, pendant nos études, puisé aux leçons de M. le professeur BUDIN un précieux enseignement clinique que nous mettrons à profit pen-

dant notre carrière médicale. Que M. le professeur BUDIN veuille bien accepter nos remerciements pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

CHAPITRE I

Historique

Les hémorragies rétro-placentaires, nom général comprenant non seulement les hémorragies utérines internes, mais aussi les hémorragies mixtes dans les cas de placentas normalement insérés, ont été à peine entrevues au cours du xvii^e siècle.

En 1621 GUILLEMEAU (1) écrit : « Le sang peut aussi sortir ou de l'arrière-faix ou des veines qui s'abouchent avec iceluy, par lesquelles l'enfant prend la nourriture étant au ventre de la mère. Elles se déchirent par quelque violent mouvement, saut, chute, coup, toux. »

En 1675 PRIMEROSÉ et PORTAL signalent les hémorragies internes des trois derniers mois de la grossesse. MAURICEAU, en 1681, en rapporte une dizaine d'observations.

PEU, en 1694, signale très nettement le décollement prématuré du placenta (2) : « La quatrième

1. GUILLEMEAU. *De la grossesse et de l'accouchement des femmes*, p. 126, 1621.

2. PEU. *La pratique des accouchements*, l. II, 1694.

circonstance est quand la masse de l'arrière-faix se détache totalement ou en partie avant la sortie de l'enfant. » Les traumatismes en sont, d'après lui, une cause fréquente.

MAURICEAU (1) reprend la question et signale que l'hémorragie peut être consécutive au décollement du placenta du fond de l'utérus « où il doit être adhérent pour recevoir le sang de la mère destiné à la nourriture de l'enfant ». Lui aussi voit dans le traumatisme la cause qui produit l'ouverture des vaisseaux du fond utérin.

DIONIS (2), à la même époque, attache aussi une grande importance au traumatisme (coup, chute, saut) que les femmes cachent pour ne pas encourir de reproches. Les hémorragies « sont causées par un détachement d'une grande partie de l'arrière-faix et ne peuvent être guéries que par l'accouchement ».

Il indique cependant que si le décollement du placenta n'est que partiel, il en résulte un simple suintement non préjudiciable à la mère et à l'enfant ; aussi, si la mère garde le lit, elle peut aller à terme.

PUZOS (3) attribue au décollement partiel ou total du placenta les hémorragies des trois derniers mois

1. MAURICEAU. *Observations sur la grossesse et l'accouchement des femmes ; et de leurs maladies et celles des enfants nouveau-nés*, 1728.

2. DIONIS. *Traité général des accouchements*, l. II, chap. XIII, p. 168 (1718).

3. PUZOS. *Traité des accouchements*. Mémoire sur les pertes de sang qui surviennent aux femmes grosses (1759).

de la grossesse ; la répétition des hémorragies amène la production de nouvelles couches qui se superposent aux caillots anciens, d'où décollement placentaire plus considérable.

Mais il faut arriver à J.-L. BAUDELLOCQUE (1) pour trouver une véritable description complète d'hémorragie utérine interne : « L'hémorragie, dit-il, qu'on désigne sous le nom de perte, est constamment la suite de la désunion accidentelle d'une portion du placenta d'avec la matrice et peut se manifester indistinctement dans tous les temps de la grossesse. *Cette hémorragie n'est pas toujours apparente.* Si le sang, le plus souvent, se répand au dehors, quelquefois aussi il *s'épanche derrière le placenta* et y est retenu, tantôt par les fortes adhérences du bord de cette masse, ou par celles des membranes seulement avec la matrice, et tantôt par la contraction naturelle du col de ce viscère même qui ne s'est pas encore entr'ouvert à l'époque où se fait cet épanchement : ce qui établit deux sortes de pertes utérines, l'une apparente, l'autre cachée. Tous les auteurs en ont fait cette distinction, mais l'*hémorragie cachée* n'a pu mériter leur attention qu'autant qu'elle se manifestait après l'accouchement et bien peu, peut-être même aucun, ne l'avaient considérée comme nous.

« Si la structure de la matrice et la résistance que ses parois opposent constamment aux agents qui en opèrent le développement semblent porter à croire

1. J.-L. BAUDELLOCQUE. *L'art des accouchements*, t. I (1796).

qu'il ne peut s'épancher beaucoup de sang derrière le placenta, l'observation, peu d'accord avec ces connaissances physiologiques, nous a prouvé plusieurs fois que ces sortes d'épanchements pouvaient devenir assez considérables pour influencer manifestement sur les forces de la femme, sur sa vie et sur celle de son enfant. »

PASTA (1) voit avec raison le décollement du placenta engendrer ces hémorragies sous l'influence de traumatisme et de brièveté accidentelle du cordon mais il n'est pas bien convaincu que ces hémorragies puissent ne pas se manifester en dehors de l'utérus.

Malgré la grande autorité de J.-L. BAUDELOCQUE et la netteté de sa description basée sur plusieurs observations très précises, ses contemporains nient la possibilité des hémorragies utérines internes.

En 1817 la princesse Charlotte de Gall meurt d'une hémorragie de la délivrance ; l'attention du corps médical est vivement attirée du côté des hémorragies de la grossesse et de l'accouchement. L'Académie de Médecine de France met au concours le chapitre des hémorragies internes de l'utérus. C.-A. BAUDELOCQUE emporte le prix et M^{me} BOIVIN (2) obtient une médaille d'argent. Or, cette dernière niait tout à fait ces hémorragies.

1. PASTA. *Traité des pertes de sang chez les femmes enceintes* (an VIII).

2. M^{me} BOIVIN. *Traduction annotée du Traité des hémorragies de Duncan Stewart* (1818).

En effet, dans une note ajoutée à la *traduction du Traité sur les hémorragies de Duncan Stewart*, elle dit : « L'hémorragie interne, avant la sortie du fœtus ne peut être assez considérable pour détruire entièrement les secondines ; elle ne saurait être assez abondante dans ce cas pour occasionner la mort de la femme : il est même impossible que la perte ait lieu à un degré considérable sans qu'elle se manifeste au dehors, parce que, si peu ouvert que soit l'orifice, il l'est toujours assez pour permettre l'écoulement du sang. »

M^{me} LACHAPELLE (1) est du même avis que M^{me} Boivin. « D'après cela, dit-elle, on doit bien penser que je ne puis admettre la possibilité d'une hémorragie interne pendant la grossesse et d'une accumulation de sang entre le placenta et l'utérus. Des faits de ce genre que les auteurs ont rapportés ne sont point concluants à mon avis et la théorie du caillot lenticulaire, qui décolle peu à peu le placenta du centre à la circonférence, est évidemment de pure spéculation. Je ne puis croire que la matrice soit assez extensible pour se laisser amplifier aussi brusquement qu'on dit l'avoir vu, et moi-même je n'ai jamais observé absolument aucun cas analogue. »

VELPEAU admet d'abord les idées de M^{me} Lachapelle puis y fait certaines restrictions (2) :

1. M^{me} LACHAPELLE, *Pratique des accouchements*, t. II, 1821.

2. VELPEAU. *Traité élémentaire de l'art des accouchements*, t. II, « de la dystocie hémorragique », (1829).

« Si le sang reste entre le placenta et la matrice, il ne peut que par une exception rare s'y accumuler en assez grande quantité pour former une hémorragie dangereuse. Alors la perte ne se distinguerait de l'hémorragie externe que par l'absence du sang à l'extérieur ou par le développement anormal de la matrice et de l'abdomen. »

BAUDELLOCQUE neveu reprend la question dans son *Traité* en 1832 et cite des observations de BALME, J. L. BAUDELLOCQUE, de CHEVALLIER, de DENEUX et de DELAFORTERIE.

GENDRIN (1) attache une grande importance au traumatisme pour faire le décollement du placenta et cependant, troublé par l'influence décisive parfois de légères commotions, il admet comme capitale dans certains cas une certaine prédisposition.

L'hémorragie rétro-placentaire peut être mortelle tout en restant localisée derrière le placenta et il cite à l'appui de son opinion les cas fameux d'ALBINUS et de DELAFORTERIE.

JACQUEMIER (2) étudie les causes qui font que l'hémorragie reste interne ; c'est la résistance que rencontre le sang pour décoller l'œuf, c'est la coagulation du sang dans le col et dans le vagin, c'est la fermeture hermétique faite par la tête appuyant sur le segment inférieur.

1. GENDRIN. *Traité physiologique de médecine pratique*, t. II, 1839.

2. JACQUEMIER. *Manuel des accouchements*, t. II, 1846.

L'hémorragie rétro-placentaire est favorisée par diverses causes prédisposantes : « La circulation utéro-placentaire est habituellement lente et l'appareil veineux gorgé de sang. Ajoutons que l'utérus en se développant est bientôt assez comprimé sur le côté pour gêner le retour du sang veineux et pour rendre dangereux pendant la grossesse et le travail la rupture d'une veine variqueuse située au-dessous, que le travail dont il est le siège pour son propre développement et pour celui du fœtus y fait affluer le sang en plus ou moins grande quantité, que la fluxion menstruelle n'est pas complètement éteinte, au moins pendant les premiers mois, de sorte que les vaisseaux utéro-placentaires et les veines plus particulièrement sont habituellement le siège d'une tension assez grande. Et comme ces vaisseaux ont des parois minces et fragiles mal soutenues par le tissu du placenta qui est mou et dépressible, on conçoit qu'ils puissent se rompre sous la seule influence des conditions que nous venons de passer en revue, lorsqu'elles sont portées à un haut degré et que toutes les causes accidentelles qui troublent la circulation utérine augmentent la stase veineuse ou la fluxion sanguine et déterminent leur rupture avec une grande facilité. »

BRAXTON HICKS en 1860 apporte 23 faits indéniables d'hémorragies utérines internes ; en 1870 dans un grand Mémoire d'ensemble GOODELL en relate 106 observations. En 1874 PILAT et en 1875 BRUNTON écrivent dans le même sens. Et cependant

en 1878 STOLZ (1), après avoir décrit le décollement prématuré du placenta normalement inséré, n'admet pas que l'hémorragie puisse rester interne. « On a aussi parlé d'hémorragie utérine interne dans laquelle le sang s'accumulerait entre la matrice et le placenta en repoussant celui-ci en forme d'entonnoir ; ceci est de la théorie pure que la pratique n'a plus confirmée depuis Baudelocque. »

En 1884 M. BUDIN et en 1887 M. MAYGRIER communiquent des observations d'hémorragie interne entre les membranes des deux œufs dans des grossesses gémellaires. En 1885 et en 1889 WINTER apporte des pièces anatomiques tout à fait démonstratives d'hémorragies utérines internes.

Enfin, parmi les travaux récents sur ce chapitre, nous citerons les noms de TARNIER (cours à la Faculté en 1887), de M. BUDIN (cliniques à la Charité en décembre 1887), de MOREAU, élève de M. Maygrier en 1888, de MM. PINARD et VARNIER (1892) qui présentent la coupe d'un utérus gravide présentant une hémorragie rétro-placentaire ; de ROUSSEAU-DUMARCET et de M^{lle} FORIN (thèses, 1892) ; de BUÉ, de LOP, de LEHMAN (thèse, Paris, 1898) ; de LELONG (thèse, Paris, 1901), de CAYROL (thèse, Paris, 1904), de LEROUX (thèse, Paris, 1905). Ces thèses récentes étudiant un point spécial de la ques-

1. STOLZ. Art. *Dyslocie* du *Nouveau Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie*, t. VII (1878).

tion et apportant un grand nombre d'observations différentes sont toutes intéressantes. LEHMAN fait une revue générale des hémorragies rétro-placentaires ; LELONG ne s'occupe que des hémorragies d'origine traumatique et CAYROL que de la brièveté du cordon.

CHAPITRE II

Étiologie

Nous allons passer en revue rapidement les causes connues bien décrites par LEHMAN dans sa thèse pour insister plus spécialement sur une cause passée sous silence par cet auteur : *la rupture du sinus circulaire*, dont le rôle a été bien mis en lumière par M. le professeur BUDIN.

A. — *L'Albuminurie*

Il suffit de lire nos observations inédites pour voir qu'elles confirment celles qui ont été déjà publiées à propos du même sujet : elles montrent bien la grande fréquence de l'albuminurie dans les cas de placenta normalement inséré et décollé prématurément. Depuis le fameux travail de BLOT en 1849 tous les auteurs admettent les relations entre la néphrite gravidique et les hémorragies utérines avant, pendant et après l'accouchement.

Si Blot avait eu en vue les hémorragies de la déli-

vrance, d'autres auteurs FEHLING (au Congrès de Strasbourg en 1885), WINTER et LÖHLEIN (à la Société obstétricale et gynécologique de Berlin en janvier 1885), M. BUDIN (dans ses cliniques de la Charité en 1887), M. PINARD (dans la thèse de Rousseau-Dumarcet en 1892) faisaient ressortir la fréquence des hémorragies internes au cours de la grossesse chez les femmes albuminuriques, la gravité des apoplexies placentaires, des infarctus qui diminuent le champ de l'hématose pour le fœtus et peuvent amener sa mort. Aussi, est-il classique d'admettre « qu'il y a probablement, entre l'albuminurie et l'hémorragie interne un rapport de causalité » (BUDIN). ROUSSEAU-DUMARCET trouve une proportion de 82, 3 0/0 et LEHMAN une proportion de 77, 4 0/0 de femmes albuminuriques ayant eu des hémorragies utérines internes.

Dans les cas connus de maladie de Basedow et de malaria où il se produisit des hémorragies internes il y avait également de l'albuminurie.

B. — *Brièveté du Cordon*

La brièveté du cordon naturelle ou accidentelle peut amener le décollement prématuré du placenta normalement inséré. MAURICEAU l'admit le premier dans son *Traité des maladies des femmes grosses*. Il s'exprime ainsi : « J'ai remarqué chez plusieurs femmes qui ne s'étaient aucunement blessées, que

leur arrière-faix s'était détaché et entièrement séparé de la matrice à cause que le cordon de l'ombilic de leur enfant était embarrassé et entortillé autour de quelques parties de son corps et particulièrement autour du cou, ce qui faisait que pour que l'enfant pût se mouvoir pour se disposer à sortir, ce cordon, n'ayant plus la longueur et la liberté ordinaires, tirait continuellement l'arrière-faix et le faisait ainsi se détacher entièrement de la matrice avant le temps. »

Le décollement du placenta et l'hémorragie qui en est la conséquence peuvent se faire sans qu'il y ait l'ombre de travail, sous l'influence des mouvements actifs du fœtus qui peut dans certains cas décoller tout son placenta et se suicider de cette façon. Les mêmes faits peuvent se produire au moment du travail, quand le fœtus descend dans l'excavation. Les brides amniotiques, susceptibles de raccourcir le cordon (mésocordon), causent parfois l'hémorragie interne.

« On sait combien cette complication est à craindre lorsqu'un opérateur tenace et mal inspiré persiste à vouloir terminer une *version par manœuvres externes* alors que, soit l'évolution, soit la contention de la tête fœtale, sont rendues difficiles par une brièveté du cordon ombilical. » (Cayrol, p. 56).

C. — *Hydramnios*.

Cette cause d'hémorragie interne est rare ; c'est

surtout l'hydramnios aiguë qui, par la distension brusque imposée à la paroi utérine élastique, sépare celle-ci en partie du placenta beaucoup moins extensible. Le même fait peut se produire en sens inverse quand la poche des eaux se rompt pendant ou avant le travail s'il y a une brusque issue du liquide amniotique : d'où le conseil classique, mais rarement suivi, de faire dans les cas d'hydramnios à dilatation complète une petite perforation à la poche des eaux et de régler avec le doigt la sortie du liquide.

LEHMAN rapporte plusieurs observations intéressantes d'hémorragies par hydramnios.

D. — *Traumatisme.*

« Le traumatisme a été cité par un grand nombre d'auteurs, surtout en Angleterre et en Amérique ; il semble cependant ne provoquer que très rarement le décollement prématuré du placenta et même il existe des observations où des contusions violentes n'ont pas déterminé le plus petit accident. » (Lehman, p. 22).

Tel n'est pas l'avis de LELONG (1), autre élève de M. PINARD. Il s'inspire de la thèse d'ALBERT MOREAU (1887 et de celle de M^{lle} FORIN (1891), pour qui le traumatisme est une des causes les plus fréquentes d'hémorragie rétro-placentaire. Les causes occasion-

1. LELONG. *De l'hémorragie rétro-placentaire d'origine traumatique.* Th. Paris, 1901, p. 16.

nelles sont quelquefois minimales, on peut citer un simple effort tel que le vomissement, la toux, la défécation, un faux pas, une promenade trop prolongée, une émotion vive (violente colère, peur, etc.) ; mais en général on relève dans les observations des traumatismes plus prononcés, tels qu'une chute, un coup sur le ventre, le soulèvement d'un lourd fardeau. On a incriminé aussi les rapports sexuels dans les cas nombreux où l'hémorragie est survenue pendant la nuit, sans raison connue.

Ces différentes causes agissent : ou bien indirectement en provoquant une brusque modification de la pression sanguine, une paralysie des vaso-moteurs ou surtout une contraction énergique des fibres utérines : ou bien le traumatisme agit directement comme dans une de nos observations où une ecchymose existait sur la paroi abdominale ; une autre de même dimension intéressait la paroi utérine et le décollement placentaire correspondait à ce même point de la paroi et offrait les mêmes dimensions.

M^{lle} FORIN (1) fait jouer dans ces cas un grand rôle à la multiparité (70 fois sur 110).

LELONG a réuni « les observations d'hémorragie rétro-placentaire dont la cause paraissait être le traumatisme ».

1. M^{lle} FORIN. *Contribution à l'étude du décollement prématuré du placenta inséré normalement* (Th., Paris, 1891-1892).

E. — *Hémorragie rétro-placentaire
secondaire par insertion vicieuse du placenta
en bas et en avant.*

Lehman relate cette cause signalée en 1873 dans la *Gazette des Hôpitaux* par BAILLY et sur laquelle M. PINARD insiste : quand le placenta est inséré en bas et en avant, la tête en descendant le tiraille et le comprime sur l'arc antérieur du bassin : d'où décollement, d'où hémorragie qui ne peut s'écouler au dehors, la tête barrant le passage : aussi, cet hématome « devient lui-même un nouvel agent de décollement qui ajoute son action à celle de la tête fœtale ».

F. — *Endométrite.*

L'endométrite, que ne signale pas Lehman, est une cause fréquente de décollement placentaire, à toutes les périodes de la grossesse. C'est elle qui produit l'hydro-hématorrhée du début de la grossesse, cause fréquente d'avortements. Elle peut plus tard provoquer le décollement du placenta et produire l'accouchement prématuré. « La seconde cause, ordinairement suffisante, est le mauvais état de la sérotine qui se prête mal à l'extension des vaisseaux qui sont eux-mêmes malades, car alors ceux-ci ne se laissent pas distendre par l'afflux sanguin et se

déchirent. L'endométrite est ou primitive et locale, ou en rapport avec une affection générale. » (1).

G. — *Rupture du sinus circulaire.*

C'est JACQUEMIER qui, le premier, entrevit le rôle possible du sinus circulaire dans les hémorragies utérines (2) : « Pendant que j'étais à la Maternité, dit-il, j'ai examiné avec un grand soin le placenta de presque toutes les femmes qui avaient eu des hémorragies soit pendant la grossesse, soit pendant le travail. J'ai trouvé sur plusieurs la preuve évidente que la perte avait eu pour siège la circonférence du placenta sans que celui-ci présentât les traces de décollement antérieur. »

MATHEWS DUNCAN, à propos des hémorragies dans les faits de placenta prævia, dit : « La seconde cause est la rupture d'un sinus marginal utéro-placentaire. Nulle part ces vaisseaux ne sont plus largement développés qu'au pourtour du placenta et le sang peut s'écouler par une rupture sans qu'il y ait séparation d'aucune portion du tissu placentaire... Cette source d'hémorragie peut exister quelle que soit la région sur laquelle le placenta est inséré. » (3).

1. TARNIER et BUDIN t. III, p. 55

2. JACQUEMIER. *Archives générales de médecine*, 1839, 3^e série, t. V, p. 330-331.

3. MATHEWS DUNCAN. *Sur le mécanisme de l'accouchement normal et pathologique*, traduit par Budin, 1876, p. 336.

Mais ces auteurs n'apportent pas d'observations précises.

En 1893 M. le professeur BUDIN en publie sept observations, puis M. MAYGRIER deux ; MM. BONNAIRE et CHAVANE en présentent aussi plusieurs cas.

En 1893 MACKSUD, externe de M. BUDIN, fait sa thèse sur ce sujet.

M. HIRIGOYEN de Bordeaux en rapporte un nouveau cas (*Mercredi médical*, 3 juillet 1895, n° 27).

En 1896 M. BRINDEAU alors interne de M. BUDIN en recueille huit observations. « Le sinus circulaire, dit Macksud (1), ne forme pas autour de cet organe (le placenta) un cercle complet, mais est constitué par deux, trois, quatre portions qui occupent la plus grande partie de la circonférence placentaire. Entre ces différentes portions, il fait totalement défaut. Tandis que, sur certains placentas, il est d'un développement et d'une netteté remarquables, sur d'autres, au contraire, assez rares, sa recherche est un peu laborieuse, il manque en beaucoup d'endroits. Les dimensions ne sont pas les mêmes dans tout son parcours. Quelquefois assez petit, il a habituellement à peu près le volume du petit doigt, parfois même il est plus grand. » Or les parois de ce sinus sont minces et susceptibles de se déchirer très

I. MACKSUD. *Diagnostic rétrospectif de l'insertion vicieuse du placenta. Hémorragies dues à la rupture du sinus circulaire*. Th., Paris, 1893.

facilement. Cette rupture se fait au cours de la grossesse ou pendant le travail.

Elle se manifeste par un signe capital, *l'hémorragie*. Or, si celle-ci peut être abondante et devenir externe (surtout si le placenta est inséré bas) souvent, quand le placenta occupe la partie moyenne ou le fond de l'utérus (1), « l'hémorragie peut être exclusivement interne. Si le sang, décollant les membranes, arrive à franchir l'orifice utérin, il y a hémorragie externe et hémorragie interne combinées, c'est-à-dire hémorragie mixte. Si, au contraire, l'hémorragie interne n'est pas abondante et si les membranes, ne se décollant pas facilement, offrent une certaine résistance, un caillot se forme qui peut s'étendre jusqu'au sinus dont il amène l'oblitération... La disposition anatomique du vaisseau ouvert explique la soudaineté et l'abondance de ces hémorragies dites silencieuses : hémorragies assez semblables à celles que produit en se rompant une varice volumineuse des membres inférieurs. » (BUDIN).

Leroux, élève de M. MAYGRIER, a repris cette question de la rupture du sinus circulaire pendant la grossesse et le travail et décrit un signe clinique important communiqué à la Société obstétricale de France de 1904 par M. MAYGRIER et M^{lle} HIERNARD permettant de diagnostiquer pendant le travail, avant l'expulsion du fœtus, cette rupture. *Leroux* apporte 18 observations où la rupture s'est manifeste-

1. BUDIN. *Femmes en couches et nouveau-nés*, p. 137.

tée par une hémorragie externe et 17 observations où le diagnostic a été fait après la délivrance par l'examen du placenta, où il y avait eu hémorragie interne plus ou moins importante. Dans les 35 observations de Leroux, il y a 16 fois de l'albuminurie, ce qui est déjà un chiffre imposant. En tout cas, la rupture du sinus circulaire, comme l'avait présenté M. BUDIN, n'est pas une rareté clinique : il faut la chercher ou y penser. Nous verrons à la Séméiologie qu'elle rentre bien dans le cadre de ce sujet.

CHAPITRE III

Anatomie pathologique

Une description d'ensemble ne peut pas s'appliquer aux hémorragies rétro-placentaires en raison des différents sièges possibles et des différentes causes susceptibles de les engendrer. Quand le placenta se décolle en son centre, une poche se produit entre la face utérine du placenta et la paroi utérine et si les bords placentaires restent adhérents il se fait un épanchement qui peut être considérable et est le vrai type de l'hématome rétro-placentaire (cas de DELAFORTERIE, de GOODELL, de WINTER, de BUDIN, de PINARD et VARNIER).

Le sang peut décoller le bord placentaire d'un côté et fuser sous les membranes ; ce type doit être plus fréquent que le précédent. L'hémorragie peut même sortir par le col utérin ; elle est dite alors mixte, c'est elle qu'on observe le plus souvent. Si l'hémorragie décolle les membranes à leur insertion placentaire le sang fuse dans le liquide amniotique.

On a pu observer *in situ* certains cas d'hématome rétro-placentaire. A.-C. BAUDELLOCQUE raconte l'ob-

servation d'opération césarienne faite par DELAFORTIERE : « Il ouvrit le fond de la matrice, en retira du sang noir et coagulé que l'on estima à trois chopines au moins et qui donna lieu de reconnaître un grand vide entre le placenta et la matrice ; il introduisit la main dans toute la circonférence de cette cavité et reconnut que les bords du placenta avaient conservé leurs adhérences avec l'utérus. »

CAZEAUX rapporte un fait du même genre relevé dans le *New medical and physical Journal* de 1815 : Une femme à terme perd environ par la vulve 32 grammes de sang, a une syncope et meurt. A l'autopsie on trouve que le centre du placenta est décollé, les bords étant bien adhérents ; dans le cul-de-sac ainsi formé il y a une pinte et demie (1.396 gr.) de sang coagulé.

Les coupes faites sur cadavres congelés par WINTER, par MM. PINARD et VARNIER sont tout à fait démonstratives. On trouve la face utérine du placenta recouverte de caillots de volume variable, plus ou moins adhérents, mous et noirâtres quand l'hémorragie est récente, durs, fibrineux et blancs quand l'hémorragie est ancienne. Ce sont ces caillots et le sang liquide qui les accompagne qui décollent le placenta. Par une observation attentive, on retrouve souvent le point de départ de l'hémorragie fréquemment intra-cotylédonaire avant d'être rétro-placentaire. Sous ces caillots, on trouve une zone placentaire pâle, aplatie, tassée en forme de cupule, de loge pouvant contenir jusqu'à 1.500 grammes de sang

(Freundenberg). Là où s'est faite l'hémorragie, les tissus sont décolorés, exsangues, friables et ne permettant plus de reconnaître les cotylédons. Le placenta peut être entièrement décollé ; il est alors réduit à une mince lamelle exsangue et dure. « Autrefois les accoucheurs se sont demandé si la source de l'hémorragie était maternelle ou fœtale ; il nous semble qu'à présent il n'y a pas matière à discussion : le sang vient incontestablement des vaisseaux maternels. Quant à savoir si les vaisseaux rompus sont des artérioles ou des veinules, peu importe ; il s'agit de conduits de nouvelle formation qui courent dans les septa muqueux et vont constituer des sinus autour des villosités choriales. » (TARNIER et BUDIN, p. 557).

Chez les femmes ayant de l'albuminurie, et nous avons vu que c'est surtout chez celles-là que se produisent les hématomes rétro-placentaires, on trouve des lésions spéciales caractérisées par les *infarctus* qui donnent au placenta l'aspect truffé décrit par M. PINARD. Ces lésions sont trop connues pour que nous y insistions.

Dans les hémorragies par traumatisme, par hydramnios, par brièveté du cordon, il n'y a rien de spécial à noter.

Que se passe-t-il dans la rupture du sinus circulaire ? « En examinant (1) la face interne du placenta, après avoir légèrement tendu les membranes, on remarque presque toujours sur le bord de sa cir-

1. Leroux, *loc. cit.*, 28.

conférence un caillot sanguin. Ce caillot a souvent la forme d'une noix ou d'une petite mandarine, formant un demi-anneau autour du sinus, ou bien, lorsque l'écoulement de sang a été peu abondant, on croirait voir une sangsue collée sur le sinus circulaire.

« Mais quand l'hémorragie a été plus importante, l'amas de sang ne reste pas localisé au vaisseau et s'étend du côté où il éprouve le moins de résistance. En général, c'est du côté des membranes qui sont à peu près décollées que l'on trouve un caillot s'élargissant à mesure qu'il s'éloigne du placenta, mais toujours retenu par un pédicule au sinus circulaire.

Quelquefois, mais plus rarement, le sang s'étale sur les cotylédons et presque toujours en ce cas le caillot ne dépasse pas le rebord placentaire, comme s'il n'avait pu décoller les membranes. Enfin, lorsque l'hémorragie a été abondante, on trouve un caillot qui s'étend à la fois sur les membranes et sur les cotylédons ».

« On avait depuis longtemps remarqué les lésions rénales fréquentes chez les femmes qui ont des hémorragies rétro-placentaires. M. BAR, dans une communication récente à la Société d'Obstétrique de Paris (15 mars 1906), a apporté des notions nouvelles : « Nous connaissons mal, dit-il, l'état du foie chez les femmes enceintes albuminuriques, mais la fréquence avec laquelle on rencontre de graves lésions hépatiques dans l'éclampsie nous donne à penser que la glande hépatique ne doit pas être indemne, sinon

chez toutes les femmes ayant un rein gravidique, au moins chez celles qui n'ont de la néphrite que parce qu'elles sont menacées, à plus ou moins brève échéance, d'accès éclamptiques. Il semble même que chez ces femmes les lésions rénales soient secondaires. Il était intéressant de rechercher si les femmes succombant à une hémorragie rétro-placentaire et présentant de l'albuminurie n'ont pas un *foie malade*; nous avons pu constater qu'il en était ainsi chez une femme qui, venue à la Maternité de l'hôpital Saint-Antoine pour accoucher, succomba en vingt-quatre heures aux suites d'une hémorragie rétro-placentaire. »

Nous mettons à la fin l'observation clinique de M. BAR, mais nous croyons devoir mettre ici *in extenso* la relation de l'autopsie :

« ABDOMEN ET UTÉRUS. — A l'ouverture de l'abdomen il n'y avait ni sang, ni sérosité dans le péritoine. L'utérus tamponné était contracté, il n'y avait pas de sang au-dessus du tampon.

FOIE. — L'examen du foie montre ceci d'intéressant, que, dans la zone centrale de tous les lobules, il existe une dégénérescence très marquée des cellules hépatiques et certaines cellules y sont atteintes de lésions de nécrose. Voici l'examen détaillé :

Examen macroscopique. — Le foie est un peu augmenté de volume et pèse 1.470 grammes. Il a une résistance normale et ne présente en aucun point de petits foyers hémorragiques. Il a une coloration un peu jaunâtre, ce qui fait songer à un foie un peu gras, et, de plus, en l'examinant avec attention, on constate de

petites taches grisâtres de moins de 1 millimètre, mal délimitées, souvent réunies en réseau et qui sont encore mieux visibles à travers la capsule de Glisson, fine et brillante, que sur les sections. Ce sont justement ces taches grisâtres qui présentent de l'intérêt à l'examen histologique.

Examen microscopique. — Les pièces ont été fixées par le sublimé alcoolique et par le liquide de Flemming fort. Elles ont subi des colorations variées : hématoxyline, éosine orange, bleu de méthylène, bleu de toluidine, safranine, acide picrique.

Même à l'œil nu, les coupes histologiques présentent après coloration un aspect spécial bien nettement tigré. Les points grisâtres, observés déjà à l'autopsie, restent clairs, tandis qu'entre eux se trouvent des bandelettes irrégulières formées de cellules saines, fortement colorées par le bleu de toluidine ou de méthylène ou par la safranine.

Au microscope on constate que la capsule de Glisson est normale. Il n'y a pas trace de cirrhose.

Lobules et cellules hépatiques. — La structure générale des lobules est bien conservée et l'on peut s'orienter très facilement sur les coupes. Mais, tandis que les travées de cellules hépatiques sont bien régulières dans le voisinage de l'espace porte, il se produit par gradation insensible une dislocation des travées à mesure que l'on approche de la veine centrale du lobule et l'on constate cela d'une façon constante dans tous les lobules.

Au voisinage de l'espace porte, rien de particulier à noter dans les cellules hépatiques.

Toutes les cellules sont régulières, de volume sensiblement égal ; on aperçoit le plus souvent une délimitation bien nette entre les cellules d'une même travée : le protoplasma se colore bien et contient parfois un peu de pigment jaunâtre. Les noyaux

se colorent bien et l'on peut voir la chromatine condensée à la périphérie (membrane nucléaire), le nucléole et les petits grains chromophiles. Souvent deux noyaux se trouvent accolés dans la même cellule.

L'aspect change si l'on examine les cellules hépatiques dans *le voisinage de la veine centrale du lobule*.

Les travées y sont disloquées, ne formant souvent que de petits fragments composés de peu de cellules. Entre ces travées, en beaucoup d'endroits, existent de fines fibrilles. Les cellules hépatiques, d'une façon générale, sont atrophiées, n'atteignent quelquefois que la moitié ou le tiers du diamètre d'une cellule hépatique normale. Certaines cellules sont petites, mais à contour net ; dans d'autres cellules le contour est irrégulier, la cellule s'est effritée à la périphérie, et, en passant par tous les intermédiaires, le protoplasma de certaines cellules semble s'être liquéfié dans sa plus grande partie et le noyau, à peine retenu par un petit reste de protoplasma, semble être prêt à être mis en liberté. Dans cette région (c'est-à-dire au voisinage du centre des lobules) les noyaux se colorent fortement par les colorants nucléaires, mais ces noyaux sont plus petits, les détails nucléaires y sont beaucoup moins visibles que dans les cellules normales situées à la périphérie des lobules ; ce sont des noyaux qui, presque tous, sont contractés.

Le protoplasma des cellules de cette région malade se colore d'une façon plus pâle, et, pour ainsi dire, indifférente, sans électivité, et la coloration par le bleu de toluidine ou de méthylène, encore mieux que par l'hématoxyline, montre un contraste remarquable entre les cellules hépatiques normales situées à la périphérie du lobule et qui ont un protoplasma bien net, coloré en bleu violet sombre, et les cellules hépati-

ques malades, situées dans la zone centrale du lobule et qui ont un protoplasma atrophié, mal délimité, coloré en rose pâle.

La limite entre la région saine et la région malade est, presque dans tous les lobules, à égale distance entre l'espace porte et la veine centro-lobulaire.

Espaces de Kiernan. — Les vaisseaux sanguins et lymphatiques et les conduits biliaires des espaces portes sont normaux. Plusieurs espaces contiennent des cellules rondes infiltrant le tissu conjonctif.

Sang. — Le sang contenu dans les branches de la veine porte et dans les capillaires des lobules est remarquable par sa grande quantité de leucocytes : polynucléaires et lymphocytes. Les éosinophiles sont rares. Nous n'avons pas constaté la présence de myélocytes.

Après fixation par le liquide de Flemming et la coloration par la safranine, on constate les mêmes lésions que sur les coupes déjà étudiées. De plus, l'action de l'acide osmique montre que toutes les cellules hépatiques contiennent de fines granulations graisseuses dans leur protoplasma. Ces granulations, arrondies, sont très petites, ont en moyenne de 1 à 2 μ de diamètre, atteignent quelquefois 4 μ , mais jamais le diamètre du noyau de la cellule. Ces granulations surchargent avec prédilection les cellules voisines du centre du lobule. Des granulations graisseuses plus grosses que les précédentes surchargent les cellules étoilées.

REINS. — Les reins sont également malades, il existe des lésions de néphrite chronique épithéliale ; les lésions sont bien classiques mais ne sont pas intenses et semblent être moins avancées que celles du foie.

Examen macroscopique. — Les reins sont augmentés de volume. Ils sont de volume sensiblement égal et pèsent ensemble 310 grammes au lieu de la normale 250 grammes. Ils sont blanchâtres, lisses, et ne sont le siège ni d'infarctus, ni de foyers hémorragiques, ni de kystes. Ils se décortiquent très facilement.

Examen microscopique. — Mêmes fixations et colorations que pour le foie.

Capsule, pyramides de Malpighi, pyramides de Ferrein normales. Absence de dégénérescence graisseuse.

La substance corticale est un peu épaissie.

Dans les labyrinthes, beaucoup de tubes contournés sont normaux ; d'autres ont un diamètre un peu augmenté et ont des cellules volumineuses offrant des contours mal délimités : leur protoplasma est granuleux et présente des vacuoles ou est uniformément trouble. Dans ces tubes contournés, il existe, à côté des cellules dont le noyau se colore bien, d'autres cellules qui ont des noyaux colorés très faiblement ou pas du tout. Dans la lumière des tubes, on constate souvent un réticulum fibrineux. On aperçoit quelques cylindres hyalins, surtout dans les tubes des anses de Henle.

Dans les glomérules, le bouquet capillaire est normal ; la membrane de Bowmann non épaissie. Sur le revêtement pariétal du glomérule, on voit quelques cellules qui ont proliféré. On trouve enfin en certains territoires dans les labyrinthes une infiltration de cellules rondes assez souvent placées autour d'un glomérule ou le long d'une artériole.

RATE. — Quelques mots seulement pour noter que la rate, normale à l'aspect macroscopique, présente sur les coupes histologiques des corpuscules de Malpighi beaucoup moins bien

limités qu'à l'état normal. Des cellules rondes, semblant originaires de ces corpuscules, s'étendent pour infiltrer en quelque sorte le parenchyme splénique.

Et M. BAR commente comme il suit son observation : « Puisque nous visons surtout dans cette communication la lésion hépatique, nous remarquerons que par l'aspect des cellules atteintes, par la localisation des lésions, par leur diffusion, le foie de cette femme est identique à ceux qui ont été décrits, ici même, par l'un de nous en collaboration avec le Dr GUIEYSSE et qu'on rencontre chez certaines éclampsiques.

« Etant donnée la fréquence avec laquelle on observe des hémorragies intra-placentaires et de vastes décollements du placenta et des membranes chez les femmes qui ont des accès d'éclampsie, il serait intéressant de rechercher s'il est habituel de rencontrer des lésions hépatiques analogues à celles que nous avons observées chez les femmes qui succombent à des hémorragies rétro-placentaires sans avoir eu d'accès d'éclampsie.

« Si cette recherche donnait un résultat positif, les vastes hémorragies placentaires ou sous-placentaires apparaîtraient, non comme vaguement liées à l'existence d'une néphrite mais comme un accident étroitement lié à l'état complexe auquel l'un de nous a proposé de donner le nom d'éclampsisme ; elles seraient capables de se produire, au même titre que hémorragie cérébrale ou méningée, aussi bien avant

l'apparition des crises convulsives qu'au cours de celles-ci. »

Aussitôt après cette communication, M. BRINDEAU prit la parole et dit ceci : « La communication de MM. BAR et de KERVILLY m'a particulièrement intéressé parce qu'elle vient corroborer les recherches que j'ai faites avec le Dr NATTAN-LARRIER sur les placentas de femmes atteintes d'hémorragies rétro-placentaires. Nous avons retrouvé, en effet, *même chez les femmes qui n'étaient pas albuminuriques, les lésions caractéristiques des placentas éclamptiques*: congestion intense, déchirure des vaisseaux fœtaux faisant communiquer le sang maternel avec le sang fœtal, prolifération du plasmode sous forme de boules ou de massues, etc. Ces lésions sont-elles primitives ou sont-elles secondaires aux altérations du foie maternel ? C'est ce que nous ne pouvons dire actuellement. »

Il ne nous appartient pas de commenter l'avis de MM. BAR et BRINDEAU ; eux-mêmes n'osent pas conclure encore faute de faits assez nombreux. Mais nous avons cru intéressant de consigner dans notre travail cette communication faite tout récemment à la Société d'Obstétrique et cela d'autant plus qu'elle complète parfaitement une autopsie faite à Lariboisière et que nous rapportons à nos observations où M. BONNAIRE, faisant des coupes macroscopiques dans le foie d'une femme morte d'hémorragie rétro-placentaire, constata et fit remarquer aux élèves

présents que ce foie ressemblait, à s'y méprendre, à un foie éclamptique. De nouvelles recherches s'imposent évidemment dans ce sens.

CHAPITRE IV

Symptômes

Il est impossible de donner des hémorragies rétro-placentaires un tableau séméiologique court et concis : la diversité des causes, la grande variabilité de ces hémorragies au point de vue quantité expliquent suffisamment les différents aspects cliniques sous lesquels elles se présentent.

Dans les cas graves, quand l'hémorragie est abondante on observe ceci : une femme arrivée au dernier trimestre de sa grossesse est prise subitement d'angoisse : elle pâlit, a une sueur froide visqueuse, a l'impression qu'elle va se trouver mal (parfois la syncope se produit) ; le pouls est très fréquent, une dyspnée et des palpitations pénibles apparaissent au milieu de cet état général grave, la femme accuse une douleur subite dans l'abdomen avec irradiations lombaires et crurales ; elle est parfois sourde et profonde, parfois vive et excruciante, capable d'en imposer pour une rupture utérine. Elle est souvent locali-

sée à l'utérus, parfois continue, parfois reparaissant avec des exacerbations périodiques. La palpation de l'utérus est très douloureuse ; elle permet de constater une brusque et sérieuse augmentation de volume de cet organe, au dire de la femme même. Quand celle-ci ne s'en aperçoit pas ou est trop affaiblie pour le dire, si le médecin la voit pour la première fois, il peut être trompé sur l'âge de la grossesse et prendre un utérus de sept mois et demi pour un utérus à terme. Il est dur, comme tétanisé et rend tout palper impossible ; il est impossible d'y sentir le fœtus, à plus forte raison semble-t-il bien invraisemblable qu'on y sente en un point répondant à l'hémorragie une zone de consistance molle et pâteuse, décrite par BARNES, LEROUX, BAUDELOCQUE, M^{me} HENRY.

« Il peut arriver (1) que le caillot englobé entre le placenta et la paroi utérine, dans la cupule dont je vous ai parlé, se trouve exprimé par les contractions du muscle : on voit alors s'écouler de la vulve un liquide citrin ou de teinte rougeâtre, qui en impose presque fatalement pour du liquide amniotique et qui n'est autre chose que du sérum sanguin. Le plus habituellement c'est du sang pur qui s'échappe à la suite du décollement progressif des membranes. » L'hémorragie devient alors mixte.

Ausculte-t-on au milieu de ce complexe symptomatique grave : on n'entend pas les bruits du cœur, l'enfant ayant généralement succombé dès le début

(1) BUDIN, *Clinique*, 1887, p. 37.

des accidents : la femme ne le sent plus remuer. Si les bruits du cœur fœtal existent encore, ils sont très modifiés et attestent la souffrance de l'enfant.

Au toucher, col et segment inférieur sont généralement durs et résistants : la poche des eaux, si le travail est avancé, est constamment tendue, même en l'absence de contractions. Si elle se rompt, on peut trouver un liquide amniotique sanguinolent. « Cette coloration, dit Lehman, est produite par le sang qui, après avoir infiltré le placenta et les membranes, arrive à pénétrer jusqu'au liquide amniotique et à se mêler à lui en petite quantité : ce fait ne peut se produire que si l'écoulement remonte déjà à quelques heures. » Nous croyons plutôt qu'une rupture des membranes est nécessaire : nous avons vu qu'elle se produit facilement dans les cas de rupture du sinus circulaire, décrits par M. BUDIN, à l'insertion des membranes sur le placenta.

À côté de cette forme grave, il en est d'autres plus fréquentes où « rien d'anormal dans l'état général de la femme et rien d'apparent dans les modifications de l'utérus ne vient mettre sur la voie du diagnostic. L'hémorragie interne n'est reconnue qu'après l'issue du fœtus, alors qu'il s'échappe des voies génitales une quantité variable de sang et de caillots anciens » (Budin). Nous pensons que cela doit être fréquent dans les ruptures du sinus circulaire qui passent souvent inaperçues parce qu'on ne les cherche pas systématiquement.

Enfin il y a « une série de faits intermédiaires qui

s'accompagnent de perturbations locales et générales dont l'intensité varie avec l'abondance de l'épanchement et aussi avec la réaction des sujets » (Budin).

Dans les cas légers et même moyens, l'hémorragie peut n'avoir qu'un faible retentissement sur l'état général de la mère et sur le fœtus ; la grossesse peut continuer son cours normal et aller à terme. Le fœtus peut être mort et rester cependant dans l'utérus à la condition qu'il ne survienne pas d'infection. Le plus souvent le travail commence et la femme fait un accouchement prématuré. Si l'hémorragie persiste, au milieu d'un travail lent, la situation peut devenir très grave pour la mère et très troublante pour le médecin. L'utérus prend un développement exagéré en plusieurs heures ; il est très douloureux au palper ; l'état général s'aggrave ; le pouls bat à 140 ou 160, il est faible, peu perceptible ; la femme, après plusieurs syncopes, peut tomber dans le collapsus, si une intervention efficace et rapide ne la sauve pas.

Quand l'utérus est vide, la femme peut encore succomber à l'anémie grave qu'elle a subie.

Parfois le placenta décollé sort aussitôt après le fœtus : c'est « l'accouchement en avalanche » des auteurs anglais.

CHAPITRE V

Diagnostic

Le diagnostic de ces hémorragies à la symptomatologie complexe et d'étiologie très variable n'est pas toujours facile à faire. Quand tous les signes sont au complet, il s'impose ; mais le plus souvent certains signes manquent ou ne sont pas remarqués. Aussi un grand nombre d'hémorragies internes, légères passent inaperçues et ne sont diagnostiquées que par l'examen du placenta.

Si les signes généraux dominent la scène, on a le tableau de toutes les hémorragies internes ; on doit y penser et localiser ensuite la perte sanguine. Mais si ce sont les phénomènes du côté de l'utérus qui frappent le plus, on peut hésiter entre la rupture utérine, la rupture d'une grossesse extra-utérine, l'hydramnios aiguë, la grossesse gémellaire. Nous ne voulons pas insister sur les symptômes différentiels qu'il suffit de bien analyser pour être mis sur la voie du diagnostic et qui ont été bien exposés dans différents travaux antérieurs.

Nous voulons cependant dire un mot d'une notion nouvelle qu'il est bon de connaître dans certains cas difficiles où l'on hésite, par exemple, entre hémorragie rétro-placentaire, hydramnios et grossesse gémellaire. L'utérus est dur, tendu, tétanisé, rend le palper profond impossible; il est très volumineux : le pouls est un peu rapide, mais la femme est fatiguée. Peut-on reconnaître, en l'absence de signes généraux nets d'hémorragie interne, qu'il y a hémorragie rétro-placentaire assez sérieuse pour donner un tableau symptomatique grave dont on ne voit pas bien l'étiologie ? Nous conseillons pour cela la lecture des observations où l'hémorragie a été diagnostiquée par le *dosage de l'hémoglobine* préconisé par M. DEVRAIGNE, c'est là un procédé pratique et simple, très clinique, réalisable partout, surtout avec le petit hémoglobinomètre de Gowers.

Le 15 juin 1905, à la Société d'Obstétrique de Paris, M. DEVRAIGNE terminait une communication sur « De l'hémoglobinométrie dans le diagnostic des hématomes rétro-placentaires » par ces mots : « Cette observation nous a paru intéressante, étant donnée la difficulté qu'il y avait eu pour faire un diagnostic sûr. Nous la publions simplement pour prendre date. Nous ne prétendons pas que l'hémoglobinomètre de Gowers permettra toujours d'affirmer l'hématome rétro-placentaire ; mais, d'après la pratique que nous avons de l'appareil, d'après les services qu'il nous a rendus déjà dans certains cas de grossesses extra-utérines rompues, par exemple, nous pouvons dire

que dans le cas où, de par l'absence d'un ou de plusieurs signes classiques importants de l'hématome rétro-placentaire, le diagnostic est hésitant, le dosage de l'hémoglobine est un bon moyen clinique à la disposition du praticien pour éclairer un diagnostic particulièrement difficile. »

Nous avons reproduit à la fin de notre travail les deux observations d'hématomes rétro-placentaires rapportées par M. DEVRAIGNE (1) dans sa thèse où le diagnostic fut fait par *l'hémoglobinométrie* : c'est un petit procédé facile à faire au lit des malades, en deux minutes, qu'il est bon de connaître et sur lequel nous insistons à dessein parce que M. DEVRAIGNE a attiré tout récemment sur lui l'attention des praticiens, après en avoir vérifié l'exactitude.

1. DEVRAIGNE. *Valeur du dosage de l'hémoglobine dans la pratique des accouchements*. Thèse, Paris, 1906.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Dr Devraigne, ancien interne
des hôpitaux.)

*1-pare. — Huit mois. — Albuminurie. — Enfant mort. —
Hémorragie mixte.*

M^{me} B..., 1-pare, âgée de trente ans, entre à la Maternité de Lariboisière le 1^{er} mai 1904 à minuit. Elle est enceinte de huit mois environ ; au toucher on sent un col dilaté de 2 centimètres et un sommet mobile en O. I. G. T. Elle n'a jamais fait analyser ses urines pendant sa grossesse ; on constate de l'*albumine* à son arrivée dans le service. Les membranes sont intactes. L'utérus est tendu, très dur, fortement contracturé. La femme raconte avoir eu subitement une hémorragie chez elle, deux heures auparavant, sans avoir fait d'effort ni subi aucun traumatisme. Les contractions sont subintrantes, très douloureuses. On ne perçoit pas de bruits du cœur.

Le facies est pâle, les extrémités sont froides ; cependant le pouls est lent, mais très faible. Il se fait par le vagin un écoulement peu abondant d'un sang noirâtre.

L'abdomen étant distendu par l'utérus qui augmente manifestement de volume, la sage-femme de garde, M^{lle} Terrier, porte le diagnostic d'hémorragie rétro-placentaire à type mixte et prévient M. Devraigne, interne du service. Celui-ci constate à 3 heures 1/2 du matin une dilatation de 3 centimètres et est frappé par l'extrême tension et la dureté douloureuse et constante de l'utérus. Il rompt largement les membranes et s'assure que la tête descend bien à fond dans l'excavation. Le liquide amniotique sort assez foncé. Quinze à vingt minutes plus tard, sans reperdre une goutte de sang, la femme expulse spontanément un enfant mort pesant 2.030 grammes et cinq minutes ensuite le placenta pesant 330 grammes. Derrière le placenta on recueille 300 grammes de caillots et 500 grammes de sang. Le placenta présente de nombreux foyers hémorragiques anciens et récents, c'est bien un placenta d'albuminurique.

On fait à la femme 600 grammes de sérum artificiel sous-cutané, des injections d'éther et de caféine, on l'entoure de linges chauds et on lui fait prendre un Todd. Une demi-heure après la délivrance, elle perd du sang en nappe, elle pâlit, se plaint de bourdonnements d'oreilles, de troubles de la vue, semble menacée de syncope. M. Devraigne prévenu de cet état alarmant met la main dans l'utérus d'où il retire quelques caillots. L'utérus revient bien sur lui-même ; l'hémorragie s'arrête. Injection d'ergotine, deuxième injection de 600 grammes de sérum, oxygène, boissons chaudes. Le poulx est rapide, mais mieux frappé. La femme se rétablit bien en quelques jours et sort le 20 mai en bonne condition.

OBSERVATION II (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Dr Devraigne, ancien interne des hôpitaux.)

III-pare. — Huit mois et demi. — Cause inconnue. — Enfant mort. — Hémorragie mixte.

M^{me}. L..., trente-trois ans, couturière. III-pare, entre dans le service de M. le Dr BONNAIRE à Lariboisière le 11 mai 1904 à 3 heures de l'après-midi. Les deux premières grossesses sont allées à terme, sans albumine.

La grossesse actuelle est de huit mois et demi environ ; elle n'a rien présenté de particulier. Le 11 mai, dans la matinée, la femme sent de vagues douleurs utérines. A 11 heures, au milieu de douleurs plus fortes, elle se sent inondée de sang. De volumineux caillots sortent du vagin. Elle vient à l'hôpital. Son facies est bon, le pouls est à 90. Elle ne perd plus. Au toucher on trouve le vagin rempli de caillots. Le col est en voie d'effacement.

On sent un sommet fixé au détroit supérieur en D T. Au palper on trouve un utérus volumineux, constamment dur, rétracté, rendant toute palpation profonde impossible. A l'auscultation, on n'entend pas les bruits du cœur fœtal. La femme dit ne pas sentir remuer l'enfant depuis la veille. Il n'y a *pas d'albumine* dans les urines.

A 6 heures 35 la dilatation est complète ; on rompt les membranes. A 6 heures 45, expulsion spontanée d'un garçon

mort du poids de 2.800 grammes ; au passage des épaules, il s'échappe un jet volumineux de sang noirâtre. A 6 heures 55 écoulement assez abondant de sang et de gros caillots suivi de l'expulsion du placenta. Sur la face utérine de celui-ci, on constate une dépression profonde occupée par un caillot volumineux. Le placenta pèse 530 grammes. Injection intra-utérine iodée. Le pouls est bon, à 96. On ne trouve rien qui permette d'expliquer ce décollement prématuré du placenta normalement inséré : pas de surmenage, pas de traumatisme, pas de brièveté du cordon, pas d'albuminurie.

La femme a des suites de couches normales et sort le huitième jour sur sa demande.

OBSERVATION III (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Dr Devraigne, ancien interne des hôpitaux.)

*XI-pare. — Huit mois et demi. — Albumine. — Traumatisme.
Enfant mort. — Hémorragie interne.*

M^{me} N... trente et un ans, XI-pare, entre le 15 juillet 1904, à 5 heures du soir, dans le service de M. le Dr BONNAIRE à Lariboisière.

Elle a contracté la syphilis après la septième grossesse (7 grossesses à terme, enfants vivants) et a fait depuis un accouchement prématuré et deux avortements. Au cours de la grossesse actuelle on lui a fait à la consultation externe du service de M. BONNAIRE des injections d'huile grise. Elle est enceinte de huit mois et

de mi. Les urines présentent un *nuage d'albumine*. Elle dit avoir reçu à 1 heure du matin un choc sur l'abdomen et depuis elle ne sent plus remuer son enfant. A son arrivée on trouve un utérus très dur, très rétracté, ne permettant pas la palpation fœtale. A l'auscultation on n'entend pas les bruits du cœur fœtal. Au toucher, on trouve le col en voie de dilatation ; les membranes sont intactes ; on atteint un siège qui s'engage. A 6 h. 30 rupture artificielle des membranes ; il s'agit d'un siège décomplété mode des fesses ; l'anus est dilaté. Expulsion spontanée d'un garçon mort, pesant 2.900 grammes. Le placenta sort quelques minutes après : il pèse 850 grammes. Il présente une dépression large dans laquelle s'adapte un énorme caillot noirâtre qui sort derrière lui.

La femme sort le septième jour sur sa demande.

OBSERVATION IV (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Dr Devraigne, ancien interne des hôpitaux.)

*III-pare. — Sept mois et demi. — Albumine. — Enfant mort.
Hématome rétro-placentaire.*

M^{me} S..., vingt-neuf ans, III-pare, entre dans la Maternité de M. le Dr BONNAIRE à Lariboisière, le 18 août 1904, à 5 heures du matin.

La deuxième grossesse s'est terminée à six mois au milieu d'accès éclamptiques. A son arrivée dans le service elle a un *nuage d'albumine* dans les urines. Elle perd du sang depuis

3 heures 30 du matin, 36°8, 80 pulsations. Le col présente une dilatation de 2 francs. A travers les membranes intactes on sent un siège complet en G. T. L'utérus est très dur et très rétracté. Les bruits du cœur sont nuls. A 11 heures 3¹/₄ la femme accouche spontanément d'un enfant mort pesant 1,850 grammes. Délivrance naturelle et complète ; placenta pesant 350 grammes suivi de nombreux caillots noirâtres dus certainement à une hémorragie remontant à quelques jours, signature d'un décollement prématuré du placenta normalement inséré. Suites de couches normales.

OBSERVATION V (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Dr Devraigne, ancien interne des hôpitaux.)

1-pare. — Enfant mort de 2.750 grammes. — Albumine.

M^{me} B..., 1-pare, dix-neufans, entre le 30 septembre 1904 à minuit dans le service de M. le Dr BONNAIRE. Elle a eu la scarlatine à quatorze ans. Elle est près du terme, a un sommet engagé en G. A., le col est perméable, les membranes sont intactes ; l'auscultation est négative. A 5 heures du matin, dilatation complète, rupture spontanée des membranes. A 5 h. 30 accouchement spontané d'un enfant mort non macéré pesant 2.750 grammes. Trois minutes après, délivrance naturelle et complète, le placenta pesant 530 grammes sort comme poussé par des caillots énormes pesant 1.150 grammes. Le pouls est à 140. Ergotine, sérum artificiel. L'urine contient de l'*albumine*.

OBSERVATION VI (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Dr Devraigne, ancien interne des hôpitaux.)

I-pare. — Sept mois. — Enfant mort. — Albuminurie.

M^{me} P..., I-pare, vingt-six ans, entre dans le service de M. le Dr BONNAIRE, le 25 février 1905 à 2 heures du soir. Elle a de l'*albumine* dans les urines. Elle est enceinte de sept mois, elle vient parce qu'elle a des douleurs. Au toucher, on trouve une dilatation de 2 centimètres et les membranes sont intactes. L'enfant est mort, il est en S. I. G. A. La femme ne le sent plus remuer depuis la veille, vers 9 heures du soir, moment à partir duquel elle a commencé à avoir des douleurs. Le ventre est tendu ; l'utérus est constamment dur, rendant le palper très difficile. On pense à la possibilité d'un hématome rétro-placentaire.

A 2 h. 45, accouchement spontané, en une seule douleur, d'une fille mort-née non macérée pesant 1.720 grammes. Délivrance naturelle et complète vingt minutes après. Entre l'accouchement et la délivrance, expulsion d'un caillot pesant 150 grammes. Le placenta pèse 350 grammes. Il présente une dépression causée manifestement par le caillot qui s'y adapte très bien.

OBSERVATION VII

(Communiquée à la Société d'Obstétrique de Paris le 15 juin 1905 par M. Louis Devraigne.)

Diagnostic de l'hématome rétro-placentaire fait pendant le travail par le dosage de l'hémoglobine. — Enfant mort.

Il s'agissait d'une quartipare ayant eu de l'éclampsie à ses premières grossesses, une troisième grossesse normale; au début de la grossesse actuelle elle avait été mise au lait par son médecin pendant trois semaines. Elle entra le 9 mai à 6 heures du matin dans le service de M. le Dr BONNAIRE pour début de travail. Elle était à sept mois trois semaines environ ; il n'y avait *pas trace d'albumine*.

Le pouls était à 72, la température de 36°8.

La sage-femme de garde qui examina cette femme fut tout de suite frappée par l'extrême tension presque continuelle du ventre qui rendait le palper impossible.

M. BONNAIRE vit la femme à 10 heures et renonça à atteindre les parties fœtales par le palper, celui-ci était très douloureux. Au toucher, M. Bonnaire trouva un col entr'ouvert, à bords œdématisés.

En dépit des douleurs accusées par la femme et de la dureté de l'utérus, les membranes restent flaccides, l'œuf n'est pas tendu. Le doigt perçoit cependant à travers le segment inférieur une tête qui ballote avec la plus grande facilité. A l'auscultation on n'entend pas de bruits du cœur. Le pouls bat 90 et est bien frappé.

M. Bonnaire pense un moment à une rupture utérine, puis rejette ce diagnostic. Il discute les deux diagnostics d'hydramnios avec enfant vivant et d'hématome rétro-placentaire avec enfant mort. Dans le doute, notre Maître nous prie de faire le dosage de l'hémoglobine de la parturiente. A l'aide de l'hémoglobinomètre de Gowers, nous savons trois minutes après que cette femme n'a plus que 65 o/o d'hémoglobine. Comme il n'y a pas eu d'hémorragie externe ni en ville ni dans le service, nous concluons, en dépit du bon état général de la femme, à une hémorragie interne. M. Bonnaire affirme alors le diagnostic d'hématome rétro-placentaire.

Nous surveillons la femme tout spécialement. A 7 heures, le col présente une dilatation de 5 francs.

Nous lui faisons prendre un bain d'une heure.

A 11 h. 1/2 la rupture spontanée des membranes se produit. A 1 h. 1/2, la femme accouche d'une fille morte de 1.730 grammes. Cinq minutes après, la délivrance naturelle et complète se fait. Le placenta sort, pesant 400 grammes et est suivi aussitôt de 270 grammes de sang liquide et de 630 grammes de caillots. Les suites furent normales, il n'y eut pas d'hémorragie après la délivrance.

OBSERVATION VIII

(Due à l'obligeance de M. Clément, interne des hôpitaux.)

*V-pare. — Enfant mort. — Albumine. — Huit mois et demi. —
Hémorragie rétro-placentaire.*

M^{me} C..., trente ans, V-pare, ne présente rien de particulier

dans ses antécédents obstétricaux, sauf une hémorragie à sa troisième grossesse.

Elle entre à Lariboisière le 29 novembre 1905 à 8 heures du soir, enceinte de huit mois environ, elle perd du sang rouge foncé et dit ne pas sentir remuer son enfant depuis trois jours.

L'utérus est dur, tendu ; le col est incomplètement effacé, dilatable ; les membranes sont intactes ; on sent un sommet mobile en O I G T ; les bruits du cœur sont nuls.

L'urine renferme une *assez grande quantité d'albumine* : on porte le diagnostic d'hémorragie rétro-placentaire. A 11 h. 1/4 rupture spontanée de la poche des eaux, engagement du sommet.

A minuit, accouchement spontané d'une fille morte pesant 2.700 grammes.

A minuit 10, délivrance naturelle et complète pesant 440 grammes, et, derrière, issue de 600 grammes de caillots.

Suites de couches normales.

OBSERVATION IX

(In thèse Devraigne.)

Multipare. — Albumine. — Enfant mort. — Diagnostic de l'hématome rétro-placentaire fait pendant le travail par le dosage de l'hémoglobine. — Autopsie (foie éclamptique).

M^{me} M..., trente-huit ans, ménagère, III-pare, arrive en ambulance le 3 octobre à minuit à la Maternité de Lariboisière.

La malade est très pâle. Pouls 95. L'utérus est dur, ligneux, douloureux au palper.

Le col ramolli, non effacé, permet d'arriver sur la tête dont les os chevauchent facilement. La poche des eaux est intacte, tendue ; le segment inférieur est épais. Les bruits du cœur sont nuls. La malade ne perd pas.

D'après les renseignements qu'elle donne, elle prétend avoir eu aujourd'hui une hémorragie assez abondante survenue lorsqu'elle était au lit, sans douleurs.

Elle a constaté que son ventre avait augmenté immédiatement de volume et était devenu dur, douloureux : elle se plaint de douleurs dans les reins, de troubles de la vue.

Les urines renferment de l'albumine. L'examen au Gowers donne 59. Le diagnostic d'hématome rétro-placentaire est posé, et, vu l'état de la malade, on intervient immédiatement.

La dilatation bimanuelle, commencée à 1 heure du matin, très pénible par la rétraction de l'anneau de Bandl, est complète à 2 h. 45 ; à ce moment, on extrait un enfant mort pesant 1.650 grammes par le forceps.

La malade expulse des caillots ; dix minutes après l'extraction de l'enfant, délivrance naturelle complète avec membranes déchirées ; le placenta pèse 380 grammes, derrière sortent de nombreux et volumineux caillots.

A 4 heures la malade est calme, légèrement colorée ; les extrémités sont réchauffées ; elle ne perd pas. Pouls 140.

A 4 h. 10, la malade se décolore et s'agite en même temps qu'éclate une hémorragie assez abondante. Pouls 150. Respiration 83.

L'utérus est ramolli, à peine perceptible, remonté au-dessus de l'ombilic ; lorsqu'on le presse, il sort un flot de caillots. On fait le massage utérin ; la malade continue à perdre.

Le tamponnement intra-utérin est pratiqué ; il est immédia-

ment traversé ; le sang coule en nappe en même temps que la malade s'affaiblit malgré une injection intra-veineuse de 1.800 grammes de sérum et des piqûres de caféine, d'éther et d'ergotine.

A 5 h. 50 la malade meurt.

A l'autopsie : on trouve sur l'utérus au niveau de la face postérieure du corps une perte de substance irrégulière occupant la moitié supérieure du corps de l'organe et s'arrêtant au niveau d'une ligne reliant l'attache des deux trompes. Il semble y avoir eu là un éclatement, comme si l'utérus avait été brusquement surdistendu par un gros hématome.

Le foie est gros, il pèse 2.090 grammes ; il est gras et présente des suffusions sanguines sous-glissonniennes très étendues. A la coupe, M. le Dr BONNAIRE fait remarquer qu'il a tout à fait l'aspect d'un *foie éclamptique*. Il y a en plus un grand nombre de calculs dans la vésicule biliaire.

OBSERVATION X (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. Clément, interne des hôpitaux.)

I-pare. — Albumine. — Enfant mort. — Six mois et demi.

M^{me} F..., vingt-quatre ans, I-pare, a eu la scarlatine dans son enfance.

Pendant sa grossesse elle a été hospitalisée à la Maternité de Lariboisière pour hémichorée (elle n'a pas eu de chorée dans son enfance) ; elle présentait à ce moment (5 au 10 décembre) une petite quantité d'albumine. Celle-ci disparaît par le régime lacté et la malade très améliorée de son hémichorée retourne chez elle.

Le 18 mars elle se présente de nouveau à Lariboisière. Sa grossesse est de six mois et demi. Sommet très engagé ; poche des eaux à la vulve ; les bruits du cœur sont nuls. Les urines renferment 75 centigrammes d'albumine, la malade ayant négligé de suivre le régime lacté.

Accouchement spontané, immédiat d'un garçon mort pesant 1.650 grammes : aussitôt après expulsion de 500 grammes de caillots.

Un quart d'heure après cette évacuation a lieu la délivrance naturelle complète.

Le placenta pèse 280 grammes.

OBSERVATION XI

(Communiquée à la Société d'Obstétrique de Paris le
15 mars 1906 par MM. Bar et de Kervilly.)

Hémorragie rétro-placentaire. — Albumine. — Mort.

La femme , de bonne santé habituelle, était arrivée au septième mois de sa sixième grossesse.

Nous n'avons eu que des renseignements très vagues sur les incidents qui avaient pu marquer les cinq premières grossesses. Celles-ci s'étaient toutes terminées par la naissance d'enfants vivants.

La malade nous fut apportée le 26 novembre 1905 à 1 heure du matin. Depuis la veille elle se plaignait d'une dyspnée intense et ne sentait plus les mouvements du fœtus.

La sage-femme de garde qui l'examina constata que l'utérus était plus volumineux qu'il eût dû être, qu'il était constamment

dur et que les battements du cœur fœtal ne pouvaient être perçus. Le col était long, résistant, situé très en arrière. Il n'y avait pas d'hémorragie externe.

A 6 heures du matin, la femme se plaignit d'une vive douleur sur le côté gauche du fond de l'utérus, et on l'examina de nouveau. L'utérus paraissait surdistendu ; il y avait un écoulement sanguin abondant et la malade présentait des signes d'anémie suraiguë.

L'interne fit de suite une injection sous-cutanée de 500 grammes de sérum (eau salée à 8 o/oo), et plaça dans l'utérus un ballon de Champetier de Ribes de 300 grammes. Quand M. BAR vit la malade, elle était dans un état très précaire, sans pouls. Le diagnostic d'hémorragie rétro-placentaire s'imposait et il parut évident que l'évacuation rapide de l'utérus pouvait seule permettre quelque espoir. Etant données l'absence d'effacement du col, sa résistance, sa situation en arrière, on pensa que l'accouchement par les voies naturelles nécessiterait des manœuvres trop prolongées et M. BAR se décida à pratiquer l'opération césarienne, projetant de faire l'ablation de la partie supra-vaginale de l'organe, s'il n'y avait pas de contractions suffisantes pour assurer l'hémostase.

Quand l'utérus fut incisé, une quantité considérable de sang noir s'écoula ; on enleva rapidement le fœtus, le placenta, les caillots qui remplissaient la cavité utérine et on constata que l'hémorragie s'était produite dans la partie supérieure et gauche de l'utérus, au point où la malade avait accusé une douleur vive.

L'utérus se contractant bien, on prit, non sans hésiter, le parti de laisser l'utérus dont la paroi paraissait ecchymotique. On

pratiqua donc le tamponnement utérin, on sutura la paroi utérine et on ferma la plaie de la paroi abdominale.

La malade resta dans un état de shock. Le soir, les forces parurent se relever ; mais l'amélioration fut très passagère et le lendemain matin la mort survint.

OBSERVATION XII

(*In Archives de Tocologie*, 1894, article du Dr Bué.)

Décollement prématuré du placenta. — Accouchement à terme.

— Pas d'albuminurie. — Pas de brièveté du cordon. — Gros enfant.

Julienne V..., IV-pare, réglée pour la première fois à quinze ans, régulièrement depuis, n'a jamais été malade. Les grossesses antérieures se sont passées normalement et les enfants naquirent vivants.

Cette fois les règles parurent pour la dernière fois en mai 1893 ; cette femme est donc à terme. Elle est amenée à la Clinique le 2 mars 1894 à 11 heures du matin, dans un état d'anémie qui n'était pas sans laisser quelque inquiétude sur son état.

Le travail a commencé vers 4 heures du matin. A l'examen de cette malade on trouve un utérus qui remonte très haut, malgré l'engagement prononcé de la tête. L'enfant semble volumineux et on ne perçoit pas la sensation habituelle de rénitence fournie par le liquide amniotique et cependant les membranes ne sont pas rompues. Au contraire, la paroi utérine est plutôt tendue, sans toutefois présenter une consistance

ligneuse. L'utérus se contracte de temps en temps ; ce n'est pas à du tétanisme utérin que nous avons affaire.

L'auscultation ne fait entendre les battements du cœur en aucun endroit. La pâleur des tissus de la parturiente, la petitesse et la fréquence du pouls font songer à une hémorragie interne. Il y a bien un peu de sang caillé dans le vagin, mais cette quantité n'est pas suffisante pour expliquer l'état général de la malade ; et le sang perdu avant son arrivée ne doit guère non plus entrer en ligne de compte ; cependant, en pratiquant le toucher, on a trouvé quelques tampons dans le vagin, tampons placés en ville par une sage-femme ou par un médecin, mais qui étaient loin de pouvoir s'opposer à l'hémorragie, si celle-ci avait dû se produire. Le meilleur tampon était ici formé par la tête fœtale volumineuse, profondément engagée et s'accolant exactement sur les parois du segment inférieur.

Donc, hémorragie externe peu abondante, mais symptômes d'hémorragie interne grave.

Au toucher, on ne sent aucun cotylédon placentaire dans le col, qui est suffisamment dilaté pour permettre d'intervenir. Les membranes sont intactes et tendues.

On se décide à terminer l'accouchement et on commence par la rupture de la poche amniotique qui laisse écouler une petite quantité d'un liquide rougeâtre. Le forceps appliqué, on exerce des tractions très pénibles vu le volume de l'enfant. La tête fœtale sortie des organes génitaux vient s'appliquer fortement sur la vulve et les tractions exercées sur elle ne font pas avancer le fœtus. Nous avons affaire à un cas de dystocie, par volume exagéré des épaules. La méthode de Jacquemier a raison de cet obstacle et un enfant du poids de 4.650 grammes est amené ne donnant aucun signe de vie. Il n'y a aucun circulaire du cordon.

Sa mort remonte environ à vingt-quatre heures et la mère nous apprend que depuis ce temps aussi elle n'a pas ressenti les mouvements actifs.

Aussitôt après l'extraction du fœtus une quantité de sang caillé et liquide s'échappe ; la main est introduite dans la cavité utérine pour pratiquer la délivrance artificielle. Le placenta décollé est amené avec des caillots volumineux. Le cordon a une longueur de 52 centimètres. Le placenta pèse 590 grammes.

Traitement appliqué : Injection intra-utérine d'eau chaude, 1 gramme d'ergot de seigle. Bientôt on sent le globe de sûreté ; on réchauffe la malade et on traite l'état général. Suites de couches tout à fait normales.

Cette observation est certainement un exemple de décollement prématuré du placenta inséré normalement, la mensuration des membranes montre une distance presque la même des deux côtés.

Quelle est la cause du décollement prématuré ?

Il y pas eu d'albumine, pas de brièveté du cordon, pas de traumatisme. Le rapporterons-nous au volume exagéré de l'enfant ; c'est chose possible.

OBSERVATION XIII

(in Mémoire de Lefour, 1888).

Siège. — Version par manœuvres externes impossible. — Placenta décollé par brièveté du cordon. — Enfant vivant.

M^{me} R..., trente-cinq ans, a marché un an après sa nais-

sance. A cinq ans, elle avait eu la rougeole ; à douze ans, une pneumonie ; à trente-deux ans une bronchite aiguë.

Réglée à onze ans et demi, toujours bien réglée. Mariée en septembre 1884, a eu ses dernières règles le 1^{er} octobre de la même année.

Le 2 décembre, sans cause appréciable, survient une perte de sang accompagnée de coliques utérines.

Le 9 décembre, l'œuf est expulsé.

Un an après une seconde fausse couche.

En 1886, une troisième grossesse apparut ; cette dame crut devoir prendre conseil d'un accoucheur. Ces conseils furent scrupuleusement suivis.

Au palper, je constatai une présentation du siège complet en sacro-iliaque droite postérieure, dans un utérus distendu par une grande quantité de liquide amniotique. Je fis la version céphalique par manœuvres externes. Mais la tête remontait toujours au fond de l'utérus.

Le surlendemain je fis de nouvelles tentatives, mais le résultat fut négatif.

Les battements du cœur étaient normaux.

Le lendemain, M^{me} R... me faisait appeler pour une perte sanguine qui s'était produite deux heures après mon départ. Immédiatement, je songai à un décollement placentaire dû à la brièveté du cordon. L'écoulement sanguin était modéré.

La circulation fœtale n'était nullement troublée.

Le repos et quelques lavements laudanisés furent la base du traitement.

Le 1^{er} février, M^{me} R... entra en travail et expulsait assez rapidement au dehors de l'orifice vulvaire la moitié inférieure du tronc.

J'essayai inutilement de faire une anse au cordon qui était fortement tendu ; le doute n'était plus possible, le cordon était enroulé autour du cou du fœtus. Je fis alors pincer par la garde la tige funiculaire assez loin de l'ombilic et je sectionnai. Le cou arriva à la vulve et je constatai deux circulaires ; je terminai vite l'accouchement.

L'enfant étant en état de mort apparente, je fus obligé, la ligature du cordon étant faite, de recourir à des immersions successives dans l'eau chaude et dans l'eau froide pour le ranimer.

Pesé le lendemain, son poids, malgré l'expulsion du méconium, atteignait 4 kgr. 100. Ce baby est aujourd'hui un superbe garçon de seize mois.

La délivrance se fit spontanément, presque aussitôt après la sortie de la tête. Le cordon, de volume moyen, avait 70 centimètres de longueur ; son insertion placentaire était marginale, à 5 centimètres du bord de l'orifice.

La face utérine du délivre, à ce niveau, dans une étendue de 7 centimètres en suivant la circonférence du placenta et de 2 centimètres normalement à cette circonférence était noirâtre ; les villosités choriales étaient agglutinées par des caillots fibreux très adhérents : c'était, à n'en pas douter, le reliquat d'un décollement et d'une hémorragie consécutive. Ce qui, d'ailleurs, vient à l'appui de cette hypothèse, c'est que la portion membraneuse du bord du placenta présentait une coloration noirâtre.

Les suites de couches furent normales.

OBSERVATION XIV

(MM. Maygrier et Cathala à la Société d'Obstétrique
de Paris, 19 décembre 1901.)

*Décollement prématuré du placenta par brièveté relative du
cordon ombilical. — Mort du fœtus pendant le travail.*

Clémentine G..., primipare, entre dans le service de M. MAYGRIER, à l'hôpital de la Charité, le 10 décembre 1901 à 8 heures 30 du soir. Elle ne peut fixer exactement la date de ses dernières règles. Elle dit avoir eu les premières douleurs du travail à 6 heures du soir; une heure et demie après, sans qu'elle eût subi aucun traumatisme ni ressenti aucune douleur vive, elle commence à perdre du sang par la vulve.

A 8 heures 30, elle entre à la salle de travail.

L'examen des urines décèle un très léger nuage d'albumine. Il se fait par la vulve un écoulement sanguin peu abondant, mais qui continuera pendant toute la durée du travail, sans donner lieu d'ailleurs à des symptômes généraux.

Le fond de l'utérus est à trois travers de doigt au-dessous de l'appendice xyphoïde. Le palper est difficile, car les contractions sont fréquentes et rapprochées; même pendant leur intervalle, l'utérus est dur et tendu, permettant difficilement de sentir les parties fœtales; il ne semble pas cependant y avoir un excès de liquide amniotique.

La femme dit ressentir continuellement le besoin de pousser, même lorsqu'elle n'a pas de douleur. A l'auscultation, les battements du cœur fœtal s'entendent à droite et très en arrière,

il sont réguliers, mais sourds. Par le toucher, on arrive sur le col en voie d'effacement, le segment inférieur de l'utérus est également tendu et permet difficilement de sentir au détroit supérieur une partie fœtale mobile qui semble être la tête. Bien que la présentation soit élevée, le doigt ne perçoit en aucun point de masse placentaire interposée entre cette tête et la paroi utérine.

A 1 h. 5 du matin les douleurs ont encore augmenté de fréquence ; l'utérus reste toujours dur dans l'intervalle des contractions. Les bruits du cœur fœtal, encore réguliers mais sourds, s'entendent un peu plus en avant que précédemment.

Le toucher montre que l'effacement du col est complet ; la poche des eaux est tendue ; on arrive cependant à sentir la suture sagittale dans le diamètre oblique gauche ; le doigt, porté en arrière et à droite, rencontre la fontanelle postérieure. La tête fœtale reste élevée et mobile.

A 5 heures du matin, le foyer d'auscultation est le même, mais les battements sont devenus très faibles, à peine perceptibles.

A 9 h. 1/2, M. MAYGRIER examine la parturiente ; au toucher il trouve la dilatation égale à une petite paume de main, les membranes sont tendues et se rompent au moment de l'examen. Le liquide amniotique s'écoule légèrement teinté par du méconium. A l'auscultation on n'entend plus les bruits du cœur.

A partir de ce moment, la tête s'engage, et à 10 h. 15 la dilatation est complète ; pour hâter l'accouchement, on fait un peu d'expression. A 10 h. 20, la tête paraît à la vulve, elle se dégage en O. P. Il y a autour du cou du fœtus un circulaire qui est trop serré pour être passé par-dessus la tête et qu'on

fait glisser sur les épaules ; l'entrecroisement du circulaire est sous la symphyse pubienne, sur l'épaule gauche du fœtus.

A 10 h. 25, accouchement d'un enfant mort du sexe masculin, du poids de 1.780 grammes, mesurant 41 centimètres de longueur. Aussitôt après sa sortie, le placenta se présente à la vulve ; on le recueille, et on voit, appliqué contre sa face utérine, un caillot sanguin qui se détache et tombe sur le lit.

Tous les efforts tentés pour ranimer l'enfant restèrent inutiles.

Le placenta pèse 360 grammes et mesure 18 centimètres de diamètre. On remarque, sur sa face utérine, en un point voisin de sa circonférence, correspondant à l'insertion du grand côté des membranes, une dépression qui indique où se trouvait le caillot sanguin. Le poids de ce caillot était de 220 grammes.

Les membranes sont complètes. Elles mesurent 22 centimètres d'un côté et 10 centimètres de l'autre. Le cordon n'a que 41 centimètres de longueur ; il s'insère sur le placenta à 10 centimètres de son bord supérieur et à 7 centimètres de son bord inférieur.

OBSERVATION XV

(Communiquée par M. BRINDEAU à la Société d'Obstétrique de Paris, 18 décembre 1903 et recueillie à la Maternité de Saint-Antoine dans le service de M. BAR.)

Hémorragie prolongée. — Avortement provoqué. — Mort du fœtus par cinq circulaires du cordon. — Examen du sang.

Femme de quarante ans, ayant eu cinq grossesses, vient à l'hôpital parce qu'elle perd du sang depuis un mois.

Grossesse de quatre mois environ.

Hémorragie continue malgré repos.

Examen du sang : 180.000 globules rouges, et la quantité d'hémoglobine diminuée de moitié.

Avortement à l'aide des ballons de Tarnier, puis Champetier ; il se produit bientôt, et, en même temps que le fœtus, la femme expulse une grande quantité de caillots noirâtres. Le fœtus, mort depuis peu, pèse 350 grammes. Il est véritablement étranglé par le cordon qui passe cinq fois autour du cou.

Le placenta est recouvert de caillots anciens et de fibrine coagulée.

OBSERVATION XVI

(In Femmes en couches et nouveau-nés de M. le Professeur BUDIN,
p. 144.)

Hémorragie rétro-placentaire par rupture du sinus circulaire.

Une dame, femme de médecin et fille de médecin, était enceinte pour la seconde fois ; elle avait eu ses dernières règles du 12 au 15 juin 1892. Le 11 février 1893, à 4 heures du soir, elle éprouva subitement une douleur abdominale très vive et se sentit inondée ; du sang mélangé de sérosité s'était écoulé.

Elle se mit au lit, des douleurs survinrent qui ne furent point arrêtées par des lavements laudanisés.

Le lendemain, 12 février, elle accoucha d'un enfant vivant, du poids de 2.020 grammes. Quelques minutes après la sortie du fœtus, lorsque l'utérus se contracta, des caillots noirâtres,

datant évidemment de la veille, sortirent par la vulve ; quand le placenta fut descendu dans le vagin, on fit la délivrance par expression. L'examen de l'arrière-faix montra les membranes déchirées à 6 ou 7 centimètres du bord du placenta.

Beaucoup plus loin, à une grande distance de l'orifice par lequel avait passé le fœtus, se trouvait un gros caillot noir, dont l'extrémité arrivait jusqu'au sinus circulaire et pénétrait par une ouverture dans l'intérieur de ce sinus. Entre le placenta et l'orifice de sortie de l'enfant, les membranes étaient extérieurement barbouillées de sang. C'était évidemment entre elles et les parois utérines que les caillots avaient séjourné. En aucun point du placenta il n'existait la moindre trace d'un décollement récent ou ancien des cotylédons.

OBSERVATION XVII

(In Femmes en couches et nouveau-nés de M. le Professeur BUDIN,

p. 145.)

Hémorragie rétro-placentaire par rupture du sinus circulaire.

Je devais donner mes soins à une jeune dame, primipare, que j'avais connue enfant. Sa grossesse avait évolué normalement et elle était arrivée au terme de huit mois et quelques jours. Je la vis un mardi, il n'y avait pas d'albumine dans l'urine, la tête était engagée et le segment inférieur de l'utérus assez mince. Elle faisait chaque jour, sans fatigue, de courtes promenades à pied. La journée du mercredi se passa très bien ; le jeudi matin, elle se leva à 10 heures, fit sa toilette, puis en attendant le déjeuner, s'étendit sur sa chaise longue. Je donne

ces détails pour montrer qu'il n'est possible d'invoquer ni la fatigue, ni le traumatisme, pour expliquer les accidents que nous allons décrire. Pendant le repas de midi elle se trouva mal à son aise, elle éprouvait des douleurs dans l'abdomen et il lui semblait par moments qu'elle allait défaillir. Après le déjeuner, les douleurs de ventre s'accrochèrent et elle s'aperçut qu'elle perdait un peu de liquide. Elle me fit alors prévenir. Quand j'arrivai, je la trouvai en proie à des douleurs continues, persistantes, avec exacerbations passagères. A un moment donné, ces douleurs avaient été assez fortes pour provoquer des vomissements, et, pendant les efforts, il s'était écoulé un liquide rosé ; il ressemblait à du liquide amniotique mélangé d'un peu de sang ; mais il n'avait pas l'odeur caractéristique du liquide contenu dans l'amnios.

A la palpation, je sentis l'utérus totalement contracturé, il était dur comme de la pierre et il me semblait augmenté de volume depuis l'examen que j'avais fait l'avant-veille. La contracture de l'utérus était continue. Je restai environ une heure auprès de cette dame ; à aucun moment, la paroi utérine ne se relâcha complètement.

A l'auscultation j'entendis des battements du cœur maternel. Mais, en auscultant toute la région située entre la matrice et le cœur, je constatai que ces battements s'affaiblissaient dans l'intervalle des deux organes ; de plus, en prenant le pouls de la mère, je vis qu'il était fréquent et nullement isochrone aux battements que j'entendais au niveau de l'utérus. Chose curieuse, le pouls maternel était en réalité plus rapide que les battements du cœur fœtal.

L'enfant souffrait donc beaucoup. Au toucher je trouvai que le col avait disparu ; son orifice externe permettait l'intro-

duction de la pulpe du doigt ; on sentait les membranes tendues et, en dehors d'elles, de petites masses qui pouvaient être prises pour des cotylédons détachés, mais qui ressemblaient plutôt à des caillots adhérents.

Y avait-il hémorragie par insertion vicieuse du placenta ? Mais, dans un examen antérieur, j'avais trouvé la tête très engagée, ce qui n'existe guère dans les cas de placenta prævia. De plus, le liquide sanguinolent, qui s'était écoulé, ressemblait tout à fait à la sérosité sanglante que la contraction exprime des caillots situés entre les parois de la matrice et l'œuf dans les cas d'hémorragie intra-utérine.

Je n'étais pas sans inquiétudes pour la mère et surtout pour le produit de conception. Afin de diminuer la contracture utérine et pour laisser ainsi plus libre jeu à la circulation utéro-fœtale, j'ordonnai un lavement avec vingt gouttes de laudanum. L'utérus resta dur encore pendant quelque temps ; néanmoins, les battements du cœur de l'enfant, tout en étant sourds et faibles, devinrent un peu plus fréquents. L'accouchement se fit lentement ; il se termina vers 3 heures du matin.

L'enfant fut expulsé un peu cyanosé, mais il ne tarda pas à respirer normalement. Derrière lui sortirent immédiatement de gros caillots et le placenta.

Les caillots étaient noirs, fermes et résistants ; ils avaient subi une forte compression qui en avait expulsé le liquide.

Quant au placenta, son examen permit de voir qu'il n'était pas inséré vicieusement. En effet, la déchirure des membranes, qui était large (18 centimètres), arrivait à 7 centimètres de son bord. Une partie de la surface utérine du placenta était recouverte par un gros caillot qui se prolongeait dans le sinus circulaire déchiré. Il était donc évident que dans cecas, l'hémor-

ragie provenait d'une rupture du sinus circulaire. Le sang sorti du sinus avait soulevé et décollé en partie le placenta et les membranes ; il s'était coagulé et c'était la portion liquide de ces caillots qui avait donné lieu à l'écoulement séro-sanguinolent par lequel s'était manifestée l'hémorragie intra-utérine.

OBSERVATION XVIII

(Communiquée par MM. DEMELIN et GADAUD à la Société
d'Obstétrique de Paris, 17 mai 1900.)

Hémorragie rétro-placentaire par rupture du sinus circulaire.

Mme D... est une primipare de trente et un ans, toujours très bien portante. Le 21 mars 1900, au terme de sept mois et trois quarts, environ, elle est prise subitement, sans cause bien nette, d'une hémorragie utérine de moyenne intensité, sans retentissement sur l'état général, et accompagnée de douleurs abdominales assez vives d'abord, puis qui se calment, sans disparaître complètement.

La perte se tarit le surlendemain de son apparition.

L'enfant, bien vivant jusque-là, cessa de remuer après l'hémorragie du 12 mars.

Le 17, nous trouvons l'utérus plus petit qu'il ne devait être, ramolli, le fœtus mal délimité, les battements du cœur nuls.

Au toucher, le col est court, perméable, le segment inférieur est partout très mince.

Le diagnostic de rupture du sinus circulaire est porté par exclusion.

Le 18 mars, à 2 heures du matin, expulsion spontanée d'un

fœtus macéré. Délivrance naturelle et complète. Le placenta porte, près de son bord, un caillot qui a comprimé les cotylédons correspondants, et qui provient du sinus circulaire déchiré. Suites de couches normales.

Actuellement le placenta, conservé dans le formol, montre encore les traces de cette rupture. A la périphérie du placenta le caillot persiste en partie, du volume d'une petite pomme. Une moitié du caillot a été conservée, l'autre enlevée, et l'on voit à ce niveau une dépression, une loge régulière formée par le tassement des cotylédons. Nous avons essayé de rechercher le sinus circulaire et de passer dans la lumière du ou des vaisseaux rompus un fil de métal. Nous n'avons pu retrouver le sinus au niveau du foyer hémorragique. Mais il existe à la périphérie de la masse cruorique des traînées brunâtres, vasculaires, qui se continuent avec la circonférence du placenta et qui sont très vraisemblablement des points lésés.

Telle est l'observation anatomique qui est venue parfaitement corroborer le diagnostic clinique de la rupture.

Quoique les ruptures du sinus circulaire soient à l'heure actuelle un fait indiscuté et souvent diagnostiqué, nous avons cru pouvoir présenter à la Société cette observation qui vient s'ajouter à un nombre en somme limité de faits.

OBSERVATION XIX

(Communiquée par MM. PERRET et PLANCHON à la Société d'Obstétrique de Paris, 15 mai 1902).

Hémorragie rétro-placentaire par rupture du sinus circulaire.

La nommée L... (n° 366), multipare, mécanicienne, âgée de quarante ans, entre à la Clinique Tarnier le 19 mars 1902.

Antécédents héréditaires. — Père mort de variole à quarante-cinq ans.

Antécédents collatéraux. — Deux frères et une sœur en bonne santé.

Antécédents personnels. — Première marche à trois ans. Premières règles à treize ans. Aucune maladie de l'enfance.

Première grossesse en 1881, normale ; accouchement à terme.

Deuxième grossesse en 1884, normale ; accouchement à terme.

Troisième grossesse : accouchement à terme, d'un enfant mort ; la malade raconte qu'elle était tombée dans la rue.

Quatrième grossesse : normale, accouchement à terme.

Cinquième grossesse : normale, accouchement à terme.

Tous les enfants, sauf le troisième, sont vivants.

Sixième grossesse : grossesse actuelle.

La parturiente a eu ses dernières règles du 25 au 29 juin 1901 ; pendant toute sa grossesse, qui a été normale, elle a toujours eu une bonne santé.

Le 19 mars 1902, elle a travaillé jusqu'à midi ; le travail

qu'elle fait est très pénible : elle est obligée de faire marcher une lourde machine en se servant des deux pieds.

Après le déjeuner, vers 1 heure 30, la malade est prise d'étourdissements, de faiblesses, de bouffées de chaleur, de transpiration et d'une vive douleur dans le ventre ; inquiète, elle s'habille, prend une voiture, et arrive à la clinique Tarnier vers 2 heures 1/2 de l'après-midi.

A l'examen la femme est pâle, anxieuse, les lèvres décolorées, les pupilles dilatées, la respiration courte ; le pouls bat à 70 et est assez bien frappé ; au moindre mouvement, la femme se plaint d'étourdissements et de faiblesses.

Au palper, le ventre est dur, tendu, l'utérus est constamment contracté, ou plutôt contracturé, ce qui rend l'examen extrêmement difficile ; il est même impossible d'y reconnaître la présence de parties fœtales. L'auscultation ne révèle aucun bruit du cœur de l'enfant ; la femme dit ne pas le sentir remuer depuis le matin.

Au point de vue du développement de l'utérus, il remonte jusqu'au niveau de l'appendice xyphoïde.

Toucher. — A la vue la vulve ne présente rien de particulier ; on constate cependant une certaine quantité de sang qui s'échappe hors des organes génitaux.

Le col est dur, fermé à l'orifice interne ; les bords de l'orifice externe sont très résistants ; on pense à une hémorragie utérine interne, soit par rupture du sinus circulaire, soit par décollement du placenta normalement inséré. On donne à la femme un grand bain et on la met en observation après lui avoir fait une toilette et donné une injection d'eau chaude.

A 5 heures, la femme est dans le même état, mais elle se plaint de douleurs continuelles dans le ventre ; l'utérus reste

toujours dur ; on monte alors la femme à la salle de travail.

Le col est dur, mais perméable à l'orifice interne ; les douleurs deviennent beaucoup plus fortes ; à 8 heures du soir, la dilatation est de 2 centimètres environ.

L'état général reste le même, les douleurs deviennent de plus en plus fortes, et la femme dit avoir envie de pousser.

A 9 heures, la dilatation est complète, la tête apparaît à la vulve ; la femme expulse un enfant mort du poids de 2.770 grammes ; aussitôt après l'enfant sort un énorme jet de sang, qui est bientôt suivi de l'expulsion du placenta ; le sang écoulé et recueilli est pesé ; il y en a 770 grammes.

A l'examen du placenta on trouve un caillot long de 5 à 6 centimètres, large de 3, qui s'est imprimé sur la face du placenta sur une profondeur de 1/2 centimètre.

Cette cupule se rapproche par la partie la moins large du bord du placenta, et, à ce niveau, on constate que le caillot s'enfonce à droite et à gauche dans le sinus circulaire qui a été déchiré sur une étendue de 1 centimètre environ.

L'état général de la femme n'est pas mauvais et on se contente de lui faire une injection iodée très chaude.

Le 20 mars la femme va beaucoup mieux ; le teint s'est coloré, les étourdissements ont disparu, la femme se sent très bien.

Les suites de couches sont normales et la femme quitte la clinique Tarnier le 30 mars en très bonne santé.

CONCLUSIONS

Les hémorragies rétro-placentaires, bien observées surtout dans ces dernières années, sont produites par : l'albuminurie, la brièveté du cordon, l'hydramnios, le traumatisme, l'insertion vicieuse du placenta en bas et en avant avec une présentation du sommet, l'endométrite et, enfin, plus souvent qu'on ne le pense, par la rupture du sinus circulaire.

D'après des recherches anatomo-pathologiques récentes, étant données les lésions placentaires, rénales et hépatiques observées, peut-être sera-t-on autorisé, si ces recherches se trouvent confirmées, à considérer un grand nombre d'hémorragies rétro-placentaires comme liées à l'état complexe appelé éclampsisme.

La séméiologie de ces hémorragies est très complexe : celles qui sont dues à la rupture du sinus circulaire peuvent s'observer au cours de la grossesse et alors se diagnostiquer par élimination, ou bien s'observer pendant le travail dans les formes mixtes et se diagnostiquer d'après la forme spéciale de l'hémorragie qui se fait au début et à la fin de chaque contraction.

Dans certains cas difficiles, on pourra diagnostiquer l'hémorragie interne par le dosage de l'hémoglobine.

Vu: le Président de la thèse,
BUDIN

Vu: le Doyen,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

LIARD

BIBLIOGRAPHIE

1621. GUILLEMEAU. — De la grossesse et de l'accouchement des femmes (p. 126).
1675. PRIMEROSE et PORTAL. — La pratique des accouchements soutenue d'un grand nombre d'observations. Paris.
1681. MAURICEAU. — Traité des maladies des femmes grosses. Paris.
1694. PEU. — Pratique des accouchements. L. II.
1718. DIONIS. — Traité général des accouchements. Livre II, chap. xiii, p. 168.
1728. MAURICEAU. — Observations sur la grossesse et l'accouchement des femmes et de leurs maladies et celles des enfants nouveau-nés.
1756. LEROUX. — Observations sur les pertes de sang des femmes en couches, etc. Dijon et Paris.
1759. PUZOS. — Traité des accouchements. Mémoire sur les pertes de sang qui surviennent aux femmes grosses.
1796. BAUDELLOCQUE (J.-L.). — L'art des accouchements. T. I.
1818. M^{me} BOIVIN. — Traduction annotée du Traité des hémorragies de Duncan-Stewart.
1821. M^{me} LACHAPELLE. — Pratique des accouchements. T. II.
1829. VELPEAU. — Traité élémentaire de l'art des accouchements. T. II, De la dystocie hémorragique.

1832. BAUDELOQUE (C.-A.). — Traité des hémorragies internes de l'utérus. Paris.
1835. CAZEAUX. — De l'hémorragie tociq. Th. de Paris.
1839. GENDRIN. — Traité physiologique de médecine pratique
T. II.
1839. JACQUEMIER. — Archives générales de médecine. 3^e série,
t. V, p. 330-331.
- 1844-1845. THOMPSON (W.). — Singular case of fatal intra-uterine hæmorrhage. London. M. Gaz., XXXV, 289.
1846. JACQUEMIER. — Manuel des accouchements. T. II, Paris.
1849. BLOT. — De l'albuminurie chez les femmes enceintes.
Th. doct., Paris.
1851. TANNER. — Partial separation of the placenta preceding labor. Med. Times. London. III, 403.
- 1854-1855. OLDHAM (H.). — On concealed accidental uterine hæmorrhage. Guy's. Hosp. Repr. London. II, 94-102.
1855. HAWAR (G.-G.). — A case of concealed hæmorrhage.
N. Orl. Med. et Surg. J., XII, 406.
1860. JAMES (H.). — Two cases of concealed accidental uterine hæmorrhage. Lancet. London, II, 428.
1860. HICKS (J.-B.). — On concealed accidental hæmorrhage et the latter end of pregnancy and during labor.
Lancet. London, t. 274.
1866. GODEFROY. — Hémorragie intra-utérine à huit mois de grossesse ayant déterminé l'accouchement et la mort du fœtus. Revue de thérap. méd. chir. Paris (XIV), 564-566.
1870. GOODELL (W.). — Concealed accidental hæmorrhage of the gravid womb. Am. J. obst. N.-Y., II, 281-346.
1873. BAILLY. — Deux faits d'hémorragie interne grave pen-

dant le travail et après l'accouchement. *Gaz. des hôpitaux*. Paris, XLVI, 764.

1874. PILAT. — Hémorragie au début du travail par suite du décollement prématuré du placenta, mort du fœtus ; délivrance artificielle, guérison de la mère. *Ann. de gyn.* Paris, I, 361-365.

1874-1875. BRUNTON (M.). — Accidental concealed hæmorrhage. *Proc. M. Soc. London*, II, 88.

1875. HEMMING (C.). — Hemorrhagia gravidæ internæ. *Arch. F. Gynaëck*, Berlin, VIII, 336-342.

1875-1876. BRUNTON (J.). — On accidental concealed hæmorrhage With. cases. *Obst. J. Gr. Britain*. London, III, 437-447.

1876. THOMPSON (J.-A.). — On a cure of concealed accidental hæmorrhage. *Med. Press. et Circ. London*, XXI, 255-297.

1876. MATHEWS-DUNCAN (J.). — Sur le mécanisme de l'accouchement normal et pathologique traduit par Budin, p. 336.

1877-1878. MABERLY. — Accidental hæmorrhage, *Journ. of. great. Brit.*

1878. STOLZ. — Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, art. Dystocie. T. VII.

1881. BARNES (E.-G.). — On concealed accidental hæmorrhage with cases. *London, Lancet*, II, 1038-1040.

1882. SPIEGELBERG. — *Lehrbuch der Geburt*, p. 360.

1884. BUDIN (P.). — *Archives de tocologie*, janvier.

1885. WINTER. — *Zeitschrift für Geburtshüfe, und gynæcologie*. T. XI, p. 415.

- 1885-1886. FRENDEBERG. — Ueber metr. grav. interna. Arch. f. Gynæck, p. 485-498.
1886. REYNOLDS. — A case of concealed accidental hæmorrhage. Boston, M. et S. J., 463.
1886. FELHING. — Arch. für gynæckologie.
1887. TARNIER. — Cours à la Faculté.
1887. BUDIN. — Cliniques à la Charité.
1887. ROUHAUD. — Lésions du placenta dans l'albuminurie, Th. doct., Paris.
1888. MOREAU. — Elève de M. Maygrier.
1888. ROSSIER. — Klinische und histologische. Untersuchungen über die Infarcte der placenta. Leipzig.
1888. ATCHISSON (W.-A.). — Concealed ante partum hæmorrhage Naschvill. J. M. et S., XXV, 6,
1889. WINTER. — Zwei Medianschitte durch Gebörende, Berlin, p. 21.
1889. GOODELL (W.). — Concealed accidental hæmorrhage of the gravid uterus. Ann. J. Obs., p. 281.
1890. HABERLIN. — Centralblatt für gynæck., IV, 457-460.
1891. HENRY (M^{me}). — Annales de gynécologie et d'obstétrique, t. XXXVI, 357.
1891. CAGNY. — Hémorragies placentaires de l'albuminurie. Th. doct., Paris.
1891. COË. — Concealed accidental hæmorrhage during labor with a report of a fatal case. Ann. J. Obs. N.-Y., XXIV, 152.
1892. MARSH (J.-P). — Case of hæmorrhage from the normally implanted placenta, N.-Y. M. J., LVI, 323.
1892. SUTER. — Report of a case of partial separation of the placenta causing accidental hæmorrhage during pre-

gnancy and premature delivery. *Ann. J. Obs. N.-Y.*,
XXV, 215.

1892. GRÉEN (F.-M.). — Case of ante partum hæmorrhage in
which the placenta was normally situated. *Med.*
News. Phila., LX, 18.

1892. STORER (M.). — Remarcks on the radical treatment of
certain cases of grave concealed hæmorrhage. *Boston*
M. et S. J., CXXVII, 377.

1892. PINARD et VARNIER. — *Etudes d'anatomie obstétricale*
normale et pathologique. Paris.

1892. DUMARCET. — Du décollement du placenta normalement
inséré. *Th. doct.*, Paris.

1892. VARNIER. — *Revue pratique d'obstétrique et de pédiâ-*
trie, t. V, juin.

1892. FORIN (Mlle.). — *Thèse*, Paris.

1892. IRENE (F.-M.). — Case of ante partum hæmorrhage in
which the placenta was normally implanted. *Med.*
News. Phila., LX, 18.

1892. HELLIER. — Concealed ante partum hæmorrhage and
placental apoplexy. *Lancet*, London, I, 1237.

1893. BUDIN (Prof.). — Sept observations de rupture du sinus
circulaire.

1893. MAYGRIER. — Deux observations de rupture du sinus
circulaire.

1893. BONNAIRE et CHAVANE. — Plusieurs observations de rup-
ture du sinus circulaire.

1893. MACKSUD. — Diagnostic rétrospectif de l'insertion
vicieuse du placenta. Hémorragies dues à la rupture
du sinus circulaire. *Th.*, Paris.

1893. LAJOIE (M.-I.). — Hémorragie rétro-placentaire survenue

- pendant la grossesse. Un. méd. du Canada. Montréal, VII, 225.
1893. OUI (M.). — De l'albuminurie gravidique comme cause de la mort du fœtus. Gaz. hebdomadaire des sciences médicales, 484-498-602.
1893. BERNHEIM. — Hydramnios, rupture artificielle des membranes, décollement prématuré du placenta. Journ. de méd. de Paris, 6 juillet.
1894. HAWARD KELLY. — Am. J. Obs., XXX.
1894. BUÉ. — Décollement prématuré du placenta à insertion normale. Arch. tocol. et gynéc. Paris, XXI, 481.
1894. WEISS. — Ueber vorzeitige Lozing der normalsitzenden Placenta. Arch. für gyn., XLVI, 2.
1895. HIRIGOYEN. — Mercredi médical, 3 juillet, n° 27, Bordeaux.
1895. DACKIN (W.-R.). — Concealed accidental hæmorrhage, fœtus, placenta and membranes delivered entire. Tr. Obst. Soc. London, XXXVI, 315.
1895. DOLÉRIS. — Hémorragie par décollement prématuré du placenta situé très haut. Soc. obst. et gyn. Paris, 10 janvier.
1896. ALLEN (L.). — Hæmorrhage in the last during the ninth month. Tr. Am. Inst. Homœop., Phila, 845.
1896. BRINDEAU. — Huit observations de rupture du sinus circulaire.
1897. BUDIN. — Femmes en couches et nouveau-nés.
1897. O'BRYEN (J.-W.). — Sudden death in labour. Edinb. M. Ireland, Dublin, XV, 357.
1897. GOTTSCHALCK. — Fall von vorzeitigem Lozung der nor-

malsitzenden Placenta in G. Schwangerschafts monath bei Schangerschafts nephritis. Ztsch. f. geburtsh a gynat. Stuttg., XXXVI, 542.

1897. BENNET. — Hæmorrhage from premature separation of the placenta. Am. J. Obs. N.-Y., XXXV, 699-731.
1897. FINDLEY (P.). — Concealed hæmorrhage Iowa M. J. des Moines, III, 381-390.
1897. PUECH (P.). — Hémorragie du placenta prævia ou hémorragie du placenta normalement inséré? Gazet. Hôp. Paris, p. 30-41.
1898. LOP. — De l'hémorragie interne dans les cas de placenta prævia ou de placenta normalement inséré. Presse médicale. Paris, 2 juillet.
1898. LEHMAN. — Des hémorragies rétro-placentaires. Thèse, Paris, 1898.
1900. DEMELIN et GADAUD. — Communication à la Société d'Obstétrique de Paris, 17 mai 1900.
1900. DEMELIN. — Revues et Mémoires.
1901. LELONG. — Thèse, Paris.
1902. PERRET et PLANCHON. — Communication à la Société d'Obstétrique de Paris, 15 mai 1902.
1904. MAYGRIER et M^{lle} HIERNARD. — Communication à la Société d'Obst. de Paris.
1904. BUDIN et DEMELIN. — Manuel pratique d'accouchement et d'allaitement.
1904. CAYROL. — Thèse, Paris.
1905. DEVRAIGNE. — De l'hémoglobinométrie dans le diagnostic des hématomes rétro-placentaires. Société d'Obstétrique de Paris, 15 juin 1905.
1905. LEROUX. — Société d'Obstétrique de Paris.

1906. LEROUX. — Société d'Obstétrique de Paris.

1906. BAR et DE KERVILLY. — Société d'Obstétrique de Paris
(15 mars 906).

1906. DEVRAIGNE. — Valeur du dosage de l'hémoglobine dans
la pratique des accouchements. Thèse, Paris.